

# Relación entre las Dificultades en Regulación Emocional y la Disociación



Trabajo Final de Grado en Psicología

Autora: Clara Miguel Sanz - 54017800T

Tutora: Azucena García Palacios

Convocatoria: Julio 2017



# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| 1. Introducción                          |    |
| 1.1. La regulación emocional             | 7  |
| El modelo de Gross                       | 8  |
| La regulación emocional no adaptativa    | 10 |
| Implicaciones de la regulación emocional | 13 |
| 1.2. La disociación                      | 14 |
| Conceptualización                        | 14 |
| Implicaciones y tratamiento              | 17 |
| Modelos explicativos                     | 19 |
| 1.3. Regulación emocional y disociación  | 24 |
| 1.4. Objetivos e hipótesis del estudio   | 26 |
| 2. Método                                |    |
| 2.1. Participantes                       | 28 |
| 2.2. Instrumentos                        | 30 |
| 2.3. Procedimiento                       | 31 |
| 2.4. Análisis estadísticos               | 31 |
| 3. Resultados                            | 32 |
| 4. Discusión                             | 41 |
| 5. Conclusiones                          | 45 |
| 6. Referencias                           | 49 |

## Resumen

La disociación es un fenómeno que genera un gran impacto en los individuos que la padecen. Se encuentra de forma prevalente en otras psicopatologías y se asocia a graves consecuencias como el agravamiento de los síntomas comórbidos o la interferencia con los tratamientos. Sin embargo, la escasez de terapias basadas en la evidencia y la falta de modelos explicativos actualizados ponen de manifiesto la importancia de la investigación en este ámbito. En el presente trabajo se propone la regulación emocional como un factor clave en la comprensión de este fenómeno. En concreto, se sugiere que las dificultades en regulación emocional podrían estar asociadas al desarrollo y mantenimiento de la sintomatología disociativa. El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre la disociación y las dificultades en regulación emocional en una muestra formada por población clínica ( $n=51$ ) y población general ( $n=409$ ). Para ello, se utilizó un diseño transversal y se evaluaron ambas variables utilizando dos cuestionarios: la Escala de Experiencias Disociativas (DES) y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS). Los datos recogidos fueron analizados mediante correlaciones bivariadas, análisis de varianza y regresiones. Los resultados revelaron la existencia de una correlación positiva entre ambas variables ( $r=.352$ ;  $p<.001$ ), confirmándose la hipótesis principal del estudio. Además, se observaron diferencias significativas entre los dos grupos de población, mostrando el grupo de población clínica valores significativamente más elevados en dificultades en regulación emocional ( $t= 3.787$ ;  $p=.000$ ). Los hallazgos obtenidos podrían sugerir la importancia de considerar las dificultades en regulación emocional en los tratamientos y modelos teóricos de la disociación.

**Palabras clave:** Dificultades en regulación emocional, disociación, regulación emocional, modelos de disociación.

## Abstract

Dissociation generates a great impact on the individuals who suffer it. This phenomenon is prevalent in other psychopathologies and is associated with serious consequences, such as comorbid symptoms worsening or interference with treatments. However, the scarcity of evidence-based therapies and the lack of updated explanatory models highlight the importance of research in this area. In the present work, emotion regulation is proposed as a key factor in the understanding of this phenomenon. Specifically, it is suggested that difficulties in emotion regulation could be associated to development and

maintenance of dissociative symptomatology. The aim of this study is to analyse the relationship between dissociation and difficulties in emotion regulation in a sample formed by clinical ( $n = 51$ ) and general population ( $n = 409$ ). For this purpose, a cross-sectional design was used and both variables were assessed using two questionnaires: The Dissociative Experiences Scale (DES) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The collected data were analysed by bivariate correlations, analysis of variance and regressions. The results revealed a positive correlation between the two variables ( $r = .352$ ;  $p < .001$ ), confirming the main hypothesis of the study. In addition, significant differences were observed between the two population groups, showing the clinical group significantly higher scores in difficulties in emotion regulation ( $t = 3,787$ ,  $p = .000$ ). These findings could suggest the importance of considering difficulties in emotion regulation in treatments and theoretical models of dissociation.

**Keywords:** Difficulties in emotion regulation, dissociation, emotion regulation, dissociation models.

### **Extended summary**

Emotion regulation refers to “those processes by which people attempts to influence on which emotions they have, on when they have them, and on how they experience and express them” (Gross, 1999, p. 275). Emotional regulation is adaptive when it is performed in an effective and beneficial way for the subject. However, if ineffective strategies are used and it carries harmful consequences for the individual, it will be regarded as maladaptive emotional regulation. Overall, two forms of maladaptive emotional regulation could be considered (Taylor et al., 1997; Linehan, 1993): emotional undermodulation (excessive and uncontrolled emotional lability) and emotional overmodulation (excessive control that suppresses emotional experience). Emotion regulation problems seem to have many implications in terms of physical and psychological health. In particular, the transdiagnostic perspective (Brown & Barlow, 2009) considers difficulties in emotion regulation as one of the fundamental processes underlying the development and maintenance of emotional disorders. The high rates of comorbidity between different disorders could be explained by an alteration in this process. Consequently, given the importance that deficits in emotion regulation appear to have, several therapeutic approaches include emotion regulation training in their treatment programs (Linehan, 1993; Evans et al., 2008; Hayes et al., 1999; Barlow et al., 2010).

Secondly, dissociation can be defined as "a structured separation of mental contents or processes that would normally be integrated and processed together" (Maldonado y Spiegel, 1998, p. 59). Current psychopathology understands dissociation as a series of altered processes that may involve different dimensions and, therefore, generate specific symptoms (Cardeña & Carlson, 2011): the sense of self and the environment (depersonalization and derealization), physical sensations (analgesia and anaesthesia), autobiographical memory (dissociative amnesia) and sense of identity (dissociative identity). Some authors classify dissociation into two modalities (Van der Hart et al., 2006; Frewen & Lanius, 2006): *positive* or *primary*, characterized by intrusions such as memory flashbacks, and *negative* or *secondary*, which implies inaccessibility to specific functions (e.g. dissociative amnesia). In addition, the most widespread perspective conceptualizes dissociation as a continuum from normal to more severe and pathological manifestations, such as dissociative disorders. Among the various implications of dissociation are its high prevalence in different psychological disorders, its influence in the course of the disorders and its consequences of poor treatment outcomes (Jepsen et al., 2014). However, despite the great impact of dissociation in patients, it has not empirically validated treatments and there is a lack of theoretical models that explain integrally the development and maintenance of this pathology. Given this situation, the following question arises in the present work: *Is there any psychological vulnerability factor that could explain the development and maintenance of dissociation?* After reviewing the literature of neurobiological findings in dissociation, difficulties in emotion regulation are proposed as a process that could be underlying the expression of this psychopathology.

The **aim** of this study is to analyse the relationship between dissociative symptomatology and difficulties in emotion regulation. In addition, it intends to analyse the existence of differences in both variables between the groups that compose the study sample: clinical and general population. On the one hand, it is expected to obtain a positive correlation between both variables. On the other hand, it is expected that the clinical population group will obtain significantly higher scores in both variables compared to the general population group.

For this purpose, 460 voluntary subjects (mean age= 27, SD=11.11) were divided into two groups: clinical population (n = 51) and general population (n = 409). The measures used to assess the study variables were: The Dissociative Experiences Scale (DES-II, Icarán, Colom & Orengo-García, 1996) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Hervás & Jódar, 2008). These questionnaires were administered in a paper

format and by an online survey, including in both versions an informed consent. The data analysis was performed with SPSS statistical package. Student's t-tests, ANOVA, bivariate correlations and stepwise regressions were used.

The results obtained revealed significant differences between the two population groups, showing the clinical group significantly higher scores in difficulties in emotion regulation ( $t= 3.787$ ;  $p=.000$ ), but not in dissociation. In addition, we observed influence of some demographic variables on the scores, being relevant the gender in the clinical group and the age in the general population. Regarding the main objective of this research, correlational analysis confirmed a positive relationship between dissociative symptomatology and difficulties in emotion regulation ( $r=.352$ ;  $p<.001$ ). This association was observed both in the total scores and in the different subscales of the questionnaires. The dimensions of difficulties in emotion regulation that had the greatest impact on dissociation, according to the regression analysis, were the following: lack of emotional clarity, impulse control difficulties and lack of emotional awareness ( $R^2 = .133$ ;  $p=.000$ ).

Through this work, it has been intended to provide evidence of the possible role of difficulties in emotion regulation as a psychological vulnerability factor of dissociation. The findings of this study confirm that there is a positive relation between the two variables. Difficulties in emotional regulation could be considered as a vulnerability and maintenance factor of dissociation, playing a transdiagnostic role in this psychopathology. These results could have significant clinical implications, such as the application of treatments based on emotional regulation to patients with dissociative symptomatology. However, the cross-sectional and observational nature of this study does not allow establishing causal relationships about the outcomes obtained. More research is needed to further analyse and understand the link between these two variables.

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1. 1. LA REGULACIÓN EMOCIONAL**

Las emociones son estados afectivos que suelen ser elicitados por eventos específicos y que promueven tendencias de respuesta conductual (Lazarus, 1993). Proporcionan información sobre el entorno y permiten detectar amenazas o recompensas en el ambiente (Watts, 1992). Las emociones tienen, por tanto, una función esencial: la adaptación del sujeto al medio. No obstante, en ocasiones, las emociones no se ajustan a las demandas exigidas por el ambiente (Erber, Wegner y Theriault, 1996), resultan desagradables para el individuo (Larsen, 2000) o sesgan de forma desadaptativa la cognición y la conducta (Gross y Jazaieri, 2014). En estas ocasiones, donde la emoción juega un papel disruptivo, el sujeto debe aplicar ciertas estrategias que le permitan modificar estos estados afectivos.

La regulación emocional hace referencia a “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999, p. 275). La característica principal que define a la regulación emocional es la activación de una meta con el objetivo de influir en la respuesta emocional (Gross, Sheppes y Urry, 2011). Por tanto, todas las estrategias que se ponen en marcha con el fin de modificar estados emocionales pueden considerarse regulación emocional. Generalmente, las metas de regulación emocional tienen que ver con la regulación a la baja de emociones negativas y la regulación al alza de estados afectivos positivos (Quoidbach, Berry, Hansenne, y Mikolajczak, 2010; Gross, Richards, y John, 2006), tal como señalan las teorías más tradicionales que enfatizan el aspecto hedónico de la regulación emocional (Larsen, 2000). No obstante, la regulación emocional también puede activarse con fines instrumentales, por ejemplo, para ajustarse a imperativos culturales (De Leersnyder, Boiger, y Mesquita, 2013; Tamir, 2009) o adaptarse a demandas laborales específicas (Larson y Yao, 2005).

La regulación emocional puede ir dirigida a cambiar la intensidad de la emoción, la duración o las cualidades de la misma (Gross, 1998b), teniendo implicaciones en el nivel cognitivo y conductual del sujeto (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, y Gross, 2005). Asimismo, puede llevarse a cabo de forma consciente y controlada o mediante estrategias que tienen lugar fuera de la consciencia del sujeto (Ochsner y Gross, 2008;



Bargh y Williams, 2007). En esta línea, algunos autores proponen la existencia de un continuo en regulación emocional que parte de estrategias explícitas, conscientes, controladas y que requieren esfuerzo por parte del sujeto, a estrategias que se aplican sin esfuerzo, de forma automática, implícita e inconsciente (Gyurak, Gross, y Etkin, 2011).

## El modelo de Gross

Algunos autores han estudiado la regulación emocional en función del momento en el que el individuo activa la estrategia de regulación emocional en el proceso de generación de la misma (Gross, 1998b). El proceso de generación de la emoción está compuesto por las siguientes fases: situación (interna o externa), atención, evaluación y respuesta. Gross (1998b), en su modelo procesual de la regulación emocional, identifica cinco familias de estrategias de regulación de la emoción que se distribuyen a lo largo de este proceso (ver figura 1): selección de situaciones, modificación de situaciones, regulación del foco atencional, cambio cognitivo y modulación de la respuesta.

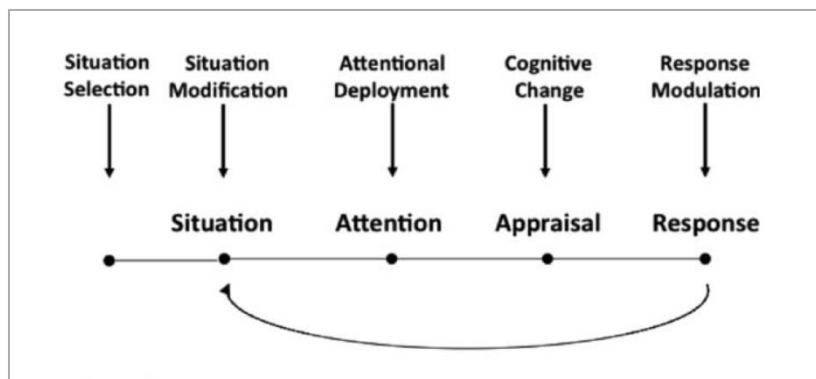


Figura 1. Estrategias de regulación emocional a lo largo del proceso de generación de la emoción (Gross, 1998b)

La *selección de situaciones* hace referencia a tomar acciones que hagan más o menos probable encontrarse en situaciones donde se espera experimentar emociones más o menos deseables. Un ejemplo de esta estrategia sería la evitación de situaciones temidas en una fobia específica, que permite al sujeto regular su ansiedad a corto plazo.

La *modificación de situaciones* supone tomar medidas para alterar directamente una situación con el objetivo de cambiar el impacto emocional de la misma. El uso de conductas de seguridad en situaciones que no se pueden evitar sería un ejemplo de esta estrategia (Werner y Gross, 2010). Tanto la selección como la modificación de situaciones hacen referencia al ambiente externo del sujeto.

Las estrategias relacionadas con la regulación del *foco atencional* se refieren a las acciones que pone en marcha el sujeto para dirigir su atención con el fin de influir en su experiencia emocional. Una estrategia común de modificación del foco atencional es la distracción, que supone redirigir la atención del momento presente hacia, por ejemplo, recuerdos de episodios agradables.

El *cambio cognitivo* es una estrategia que se aplica en el momento en que el individuo realiza una evaluación de la situación. Mediante la modificación de esta evaluación, el sujeto pretende influir en su experiencia emocional. Tanto el cambio cognitivo como la regulación del foco atencional pueden tener como objeto situaciones externas o internas del sujeto. La estrategia centrada en el cambio cognitivo más investigada es la reevaluación. La reevaluación se refiere al cambio de significado de una situación emocionalmente relevante. Un ejemplo de reevaluación de una situación interna sería que un sujeto con trastorno de pánico no asocie una aceleración en la tasa cardíaca a una señal de peligro inminente.

Por último, la *modulación de respuesta* la componen una familia de estrategias dirigidas a modificar los componentes de la respuesta emocional una vez la emoción ya se ha desarrollado. Estas estrategias pueden influir en los distintos componentes de la emoción, ya sean experienciales, fisiológicos o conductuales. El uso de alcohol, hacer ejercicio físico o respirar profundamente para producir cambios en el estado emocional podrían ser ejemplos de estrategias de este tipo (Thayer y Lane, 2000; Khantzian, 1985). No obstante, la forma más investigada de modulación de respuesta es la supresión de la expresión de la conducta emocional.

Por tanto, desde este modelo, se observan dos tipos de estrategias de regulación emocional (Gross, 1998): las que están centradas en los antecedentes, es decir, en los aspectos anteriores a la respuesta emocional (selección y modificación de situaciones, regulación del foco atencional y cambio cognitivo) y las centradas en la respuesta emocional, dirigidas a alterar los aspectos subjetivos, conductuales y fisiológicos de la respuesta emocional (modulación de respuesta).

En el **modelo extendido de regulación emocional**, Gross (2015a) incluye tres etapas diferenciadas que se producen cuando un sujeto activa la meta de regulación emocional. La primera etapa es la *Identificación*, que se inicia cuando una emoción es detectada. El individuo, una vez ha detectado la emoción, evalúa la necesidad de regularla y activa una meta de regulación emocional. La activación de esta meta promueve la selección de una estrategia de regulación emocional, dando pie a la segunda etapa del proceso: *Selección*. En esta etapa, el sujeto representa mentalmente distintas estrategias de regulación emocional, las evalúa y activa la meta de utilizar una estrategia concreta. La selección puede estar influida por distintos factores como los recursos cognitivos y fisiológicos disponibles y la intensidad y tipo de emoción (Raio, Orederu, Palazzolo, Shurick y Phelps, 2013; Beedie y Lane, 2012; Urry y Gross, 2010). Una vez el sujeto ha decidido utilizar una estrategia concreta, inicia la etapa de *Implementación*. En este momento, el individuo representa la estrategia general en tácticas más específicas y adaptadas a las características de la situación y, tras una evaluación de estas tácticas, pone en marcha la aplicación de una de ellas. Esta etapa es la más importante, ya que, si no se implementa correctamente una estrategia, no se podrá regular la emoción.

En definitiva, Gross explica la regulación emocional a partir de dos niveles de análisis. En un primer nivel de análisis, contempla los momentos en que un sujeto puede implementar una estrategia de regulación emocional dentro del proceso de generación de una emoción (figura 1). En un segundo nivel de análisis más específico, Gross se centra en las etapas que sigue el proceso de regulación de una emoción, desde que ésta se detecta hasta que se implementa una estrategia concreta.

### **La regulación emocional no adaptativa**

Hasta ahora, se ha descrito la regulación emocional desde un punto de vista normal y adaptativo. No obstante, algunas estrategias utilizadas para modificar el transcurso de una emoción pueden ser ineficaces y perjudiciales para la persona.

Algunos autores representan la regulación emocional como un **equilibrio entre dos polos**: la disregulación emocional, que supone una labilidad afectiva excesiva y descontrolada (Linehan, 1993), y el autocontrol emocional excesivo, que suprime la experiencia emocional del sujeto (Taylor, Bagby y Parker, 1997). El resultado de la regulación basada en el primer polo sería la regulación emocional insuficiente (*underregulation of emotion*), mientras que los individuos situados en el otro polo

ejergerían una regulación excesiva de sus emociones (*overregulation of emotion*) (Van Dijke, 2008).

Según Hervás y Vázquez (2006), existen al menos **tres formas** de regulación emocional deficitaria. En primer lugar, es posible que la persona no active estrategias de regulación emocional cuando experimenta emociones que se están volviendo desadaptativas (déficits de regulación por ausencia de activación). En segundo lugar, es posible que el sujeto active estrategias de regulación adecuadas pero que éstas resulten ineficaces para modificar su estado afectivo en una situación concreta (déficits de regulación por ausencia de eficacia). Por último, la persona puede activar estrategias de regulación emocional que pueden resultar eficaces o no, pero que suponen en sí mismas conductas desadaptativas y perjudiciales para la persona (déficits de regulación por empleo de estrategias disfuncionales). El consumo de alcohol o las conductas autolesivas podrían ser utilizados para modificar estados afectivos (Gratz, 2003), no obstante, se trata de conductas que pueden conllevar riesgos a nivel de salud física y psicológica.

Siguiendo el modelo extendido de Gross (2015a), las dificultades en regulación emocional pueden darse a lo largo de las diferentes **etapas del proceso**. En la etapa de *Identificación*, el fallo puede darse debido a una falta de conciencia emocional (Samson, Huber, & Gross, 2012; Barrett, Gross, Conner, & Benvenuto, 2001) que lleva al sujeto a no detectar correctamente la emoción. En la etapa de *Selección*, los déficits en regulación emocional pueden ser debidos a problemas relacionados con la percepción y evaluación de las estrategias de regulación emocional de las que la persona dispone en su repertorio. Además, la creencia de que uno no es capaz de regular correctamente sus emociones (baja autoeficacia de regulación emocional) puede suponer otro impedimento para la selección correcta de una estrategia. Por último, las dificultades en regulación emocional pueden ocurrir en la etapa de *Implementación*, impidiéndose la puesta en marcha de una estrategia concreta. Los déficits relacionados con la implementación de estrategias de regulación emocional han sido los más estudiados en la literatura, especialmente asociándolos a psicopatología (Heller et al., 2009). Dado que la regulación emocional es un proceso dinámico que se da a lo largo del tiempo, las dificultades también pueden encontrarse en cuanto al mantenimiento de la meta de regulación emocional, la posibilidad de realizar cambios en las estrategias (flexibilidad) y, de forma especialmente relevante, los problemas respecto a la desactivación de una meta de regulación emocional, que llevarían a una sobrerregulación de la emoción (Gross, 2015b).

Aldao, en su metaanálisis realizado en 2010, identifica tres **estrategias** de regulación emocional que han demostrado ser adaptativas en numerosas investigaciones: la reevaluación, la solución de problemas y la aceptación. Además, señala tres estrategias que la literatura ha asociado frecuentemente a problemas de salud física y psicológica: la supresión (tanto de la expresión emocional como de los pensamientos), la evitación (conductual y experiencial) y la rumiación.

La investigación acerca de estrategias desadaptativas de regulación emocional y, en general, sobre la disregulación afectiva, es un campo muy amplio y diferenciado, influido en gran medida por el marco teórico que el investigador decida emplear para interpretar sus hallazgos. Con el objetivo de proporcionar una conceptualización de la regulación y disregulación emocional más integradora, Gratz y Roemer (2004) desarrollaron una medida multidimensional de disregulación emocional: el **DERS** (Difficulties in Emotion Regulation Scale). El DERS es un instrumento construido a partir de una revisión exhaustiva de la literatura, en la que Gratz y Roemer identifican los principales factores que contribuyen a un déficit en la regulación emocional. Tras el análisis exploratorio de los datos obtenidos para la validación, se obtuvieron seis factores en los que un sujeto puede tener dificultades de regulación emocional. El primer factor es la “No aceptación” o “Rechazo emocional”, que refleja una tendencia a tener reacciones negativas secundarias ante emociones no deseadas. El segundo factor, “Interferencia cotidiana” hace referencia a la dificultad para concentrarse y realizar tareas cuando se está experimentando emociones negativas. El tercer factor, “Descontrol emocional”, está caracterizado por la impulsividad y falta de estrategias para controlar el comportamiento ante estados disfóricos. Los problemas para atender y reconocer los estados emocionales forman el cuarto factor, la “Desatención emocional”. La creencia acerca de la incapacidad de uno mismo para regular efectivamente sus emociones hace referencia al quinto factor, “Estrategias”. Por último, el sexto factor, “Confusión emocional” hace referencia a la claridad con la que perciben sus estados emocionales. Según Gratz y Roemer (2004), estos factores sugieren la presencia de seis **dimensiones** independientes (aunque relacionadas) de regulación emocional en las que pueden producirse dificultades. De esta manera, se permite identificar en qué dimensiones se producen las limitaciones y abordarlas de forma más específica. Se trata pues, de una conceptualización multidimensional de la regulación emocional.

## **Implicaciones de la regulación emocional: relación con la psicopatología**

Llegados a este punto, es importante considerar las implicaciones que supone la disregulación emocional, el uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional o, incluso, una regulación excesiva del afecto. Una mayor habilidad para percibir, comprender y manejar las emociones parece estar asociada a una mayor satisfacción con la vida (Ciarrochi, Chan, y Caputi, 2000), mayor calidad de las relaciones sociales (Murray, 2005) y mejores resultados a nivel laboral (Diefendorff, Hall, Lord, y Streat, 2000). En cambio, las dificultades en la regulación emocional han sido asociadas a problemas de salud física (Sapolsky, 2007) como la hipertensión (Todarello, Taylor, Parker y Fanelli, 1995), el colon irritable (Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor y Bagby, 1996) o mayor experiencia de dolor (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002).

Por otra parte, en los últimos años, cada vez es mayor la investigación que incorpora la regulación emocional en modelos de **psicopatología** (Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon y Gomez, 2003; Greenberg, 2002; Kring y Bachorowski, 1999; Mennin y Farach, 2007). Los problemas para manejar adecuadamente las respuestas emocionales pueden suponer una vulnerabilidad que aumente la probabilidad del sujeto a padecer trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Gross y Munoz, 1995; Mennin, Holoway, Fresco, Moore, y Heimberg, 2007). La regulación emocional también ha sido considerada en modelos explicativos de los trastornos alimentarios (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003) y del abuso de alcohol (Sher y Grekin, 2007), sugiriendo que los individuos con problemas de regulación emocional utilizan la comida o el alcohol como estrategias para manejar sus emociones negativas (estrategias desadaptativas de regulación emocional).

La perspectiva **transdiagnóstica** permite conceptualizar la psicopatología desde un punto de vista dimensional, explicando las manifestaciones clínicas de los trastornos por déficits en subprocesos comunes a ellos. La regulación emocional constituye uno de los procesos fundamentales que, cuando es deficitaria o desadaptativa, subyace a muchos de los trastornos emocionales (Brown y Barlow, 2009). Los déficits en regulación emocional se encuentran presentes en la depresión (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008; Rottenberg, Gross, y Gotlib, 2005), el trastorno bipolar (Johnson, 2005), el trastorno de ansiedad generalizada (Mennin y Farach, 2007), la ansiedad social (Kashdan y Breen, 2008), el trastorno límite de personalidad (Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007; Linehan, 1993), los trastornos alimentarios (Bydlowski et al., 2005; Clyne y Blampied, 2004; Fairburn et al., 2003; Polivy y Herman, 2002) y los trastornos relacionados con sustancias (Sher y Grekin, 2007; Fox, Axelrod, Paliwal,

Sleeper y Sinha, 2007; Linehan et al., 2002). El marco teórico del transdiagnóstico permitiría explicar las altas tasas de comorbilidad que se dan entre distintos trastornos clínicos, siendo la regulación emocional un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de los mismos (Brown y Barlow, 2009; Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001).

Dada la importancia y transversalidad que parecen tener los déficits en regulación emocional en los trastornos psicológicos, diversas aproximaciones terapéuticas incluyen el entrenamiento en regulación emocional en sus programas de tratamiento. Ejemplos de este tipo de terapias serían: la terapia dialéctica conductual de Linehan (1993), diseñada principalmente para el trastorno límite de personalidad (TLP); la terapia de aceptación y compromiso, que va dirigida a reducir la evitación experiencial por medio de la aceptación de las propias emociones (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Roemer, Orsillo, y Salters-Pedneault, 2008); la terapias basadas en mindfulness, siendo uno de sus objetivos la consciencia emocional (Segal, Williams, y Teasdale, 2002; Evans et al., 2008); y los protocolos transdiagnósticos para trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, que incluyen la regulación emocional entre algunos de sus componentes (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Barlow et al. 2010)

## **1. 2. LA DISOCIACIÓN**

### **Conceptualización**

Los fenómenos disociativos han sido ampliamente estudiados en la psicopatología clásica, siendo Janet (1920) el primero que estudió este proceso, acuñando el término *désagregation mentale*. En todas las definiciones de la disociación se observa una característica común: la escisión entre distintas funciones del sujeto. Spiegel, un autor reconocido en el campo de estudio de la disociación, define la disociación como “una separación estructurada de los contenidos o procesos mentales que normalmente estarían integrados o serían procesados juntos (como los pensamientos, percepciones, emociones, conación, memoria e identidad)” (Maldonado y Spiegel, 1998, p. 59). Es decir, aspectos del funcionamiento psicobiológico que deberían estar asociados y coordinados no lo están (Spiegel et al., 2011). Para Kihlstrom (1994) la disociación implica un fallo en la integración de la cognición, el afecto, los recuerdos y las acciones en un sentido de conciencia unificado. Por otra parte, la APA (2014) define la disociación

como una interrupción o discontinuidad en la integración normal de la consciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación del cuerpo, el control motor y la conducta. No obstante, pese a la existencia de un factor común en la base de estas definiciones, sigue habiendo controversia en este campo de estudio (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, y Brown, 2004).

Lejos de considerar la disociación como un constructo unidimensional, la psicopatología actual entiende la disociación como una serie de procesos alterados que involucran distintas dimensiones, cada una de las cuales puede estar implicada en mayor o menor medida (Cardeña y Carlson, 2011). Así, los fenómenos disociativos pueden diferenciarse atendiendo a las áreas de funcionamiento alteradas (Cardeña, 1997): (1) el sentido del self y del medio ambiente, que tiene por consecuencia los síntomas de despersonalización y desrealización, (2) las sensaciones físicas, que producen las analgesias y anestesia, (3) la memoria personal, cuya desintegración supone la amnesia disociativa, y (4) el sentido de identidad, cuya disociación puede conllevar a la identidad disociativa.

Siguiendo esta visión multifacética de la disociación, Carlson y Putnam (1993) construyen la Escala de Experiencias Disociativas (DES), que constituye la clasificación más utilizada en investigación. En esta escala, se evalúan tres facetas: la amnesia disociativa, las experiencias de despersonalización y desrealización y la absorción, entendida como la inmersión en un estímulo concreto, desconectando de los demás estímulos del ambiente.

Por otra parte, los síntomas disociativos han sido clasificados en dos tipos diferenciados de manifestaciones, positivas y negativas, que pueden darse a nivel psicoforme o somatoforme (Van Dijke et al., 2010; Frewen y Lanius, 2006). La *sinomatología positiva* hace referencia a los síntomas intrusivos, como la reexperimentación de memorias traumáticas, que suponen una pérdida en la continuidad de la experiencia subjetiva. Por otro lado, las *manifestaciones negativas* se caracterizan por la incapacidad para acceder a información o para controlar funciones que normalmente podrían controlarse, como por ejemplo, la memoria en la amnesia disociativa. Si estos síntomas, tanto negativos como positivos, se dan a nivel psicológico (ej. flashbacks o amnesia), se trata de una disociación psicoforme (Maldonado y Spiegel, 1998), mientras que si predominan a nivel físico (ej. anestesia o convulsiones) se considera disociación somatoforme (Nijenhuis, Van Der Hart, Kruger, y Steele, 2004; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, y Vanderlinden, 1996).



Otra forma de clasificación de las experiencias disociativas es en base a la teoría de la disociación estructural. Según Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006) la disociación puede darse a tres niveles. La *disociación primaria* se corresponde con las reacciones típicas de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), caracterizadas por un estado de hiperexcitabilidad y por la presencia de reexperimentación y flashbacks, es decir, síntomas disociativos positivos. La *disociación secundaria* hace referencia a las experiencias de desrealización, despersonalización y analgesia, síntomas disociativos negativos presentes en el TEPT complejo o los trastornos disociativos. Por último, la *disociación terciaria* es el caso más extremo de disociación, que implica el desarrollo de identidades con distinta funcionalidad conductual, cognitiva y afectiva. El trastorno de identidad disociativo sería resultado de la disociación estructural terciaria. Esta teoría de corte estructural de la disociación se ha visto en cierto modo apoyada por hallazgos neurobiológicos actuales que serán detallados más adelante (del Río-Casanova, González, Páramo y Brenlla, 2016; Lanius et al., 2010; Etkin y Wager, 2007; Frewen y Lanius, 2006).

Una de las perspectivas más extendidas de la disociación es su conceptualización dimensional como continuo. Este continuo parte desde experiencias consideradas dentro de la normalidad (ej. fantasías) hasta manifestaciones más graves y patológicas (ej. amnesia disociativa) (Frankel, 1996; Spiegel, 1990; Bernstein y Putnam, 1986). La disociación se considera patológica o no en función de variables como el grado de malestar que provoca, el grado de control que la persona tiene sobre sus episodios, el tipo de interpretación que realiza la persona sobre el fenómeno, el tipo de estímulos (internos o externos) que lo desencadenan y el grado en que la disociación es la única respuesta ante ciertos estímulos (Cardeña, 1997). El contexto en el que se produce también es un factor a tener en cuenta para considerar si esta reacción es adaptativa o no (Dalenberg y Paulson, 2009; Eisen y Carlson, 1998). Los síntomas disociativos más graves no son simples fallos del funcionamiento neurocognitivo normal, sino que suponen una discontinuidad en la experiencia mediante la intrusión y/o la eliminación de aspectos de la experiencia consciente, el pensamiento o la acción (Kihlstrom, Barnhardt y Tataryn, 1992). Dentro de este continuo, la forma más grave y cronificada de la disociación la representan los trastornos disociativos.

Los trastornos disociativos han sido catalogados en los dos sistemas de clasificación categorial más utilizados, el DSM y la CIE. La principal diferencia entre ambos sistemas radica en la duración de la psicopatología, describiendo la CIE-10 los trastornos disociativos como una forma aguda de psicopatología reactiva al trauma mientras que

el DSM-5 conceptualiza muchos de ellos como trastornos crónicos (Spiegel et al., 2011). Atendiendo al DSM-5 (APA, 2014), encontramos una clasificación de los trastornos en función del proceso alterado. Así, cuando la disociación se produce en la identidad y el sujeto presenta dos o más estados de personalidad bien definidos estaríamos ante un trastorno de identidad disociativo. Por otra parte, cuando la alteración afecta a la memoria y el sujeto es incapaz de recordar información autobiográfica importante (usualmente traumática) se trata de una amnesia disociativa. Este trastorno puede ir acompañado por una fuga disociativa, en la que el individuo deambula desorientado con pérdida de memoria respecto a su identidad. El trastorno de despersonalización/desrealización engloba alteraciones en la integración de la percepción del sí mismo (despersonalización) o del entorno (desrealización), dando lugar a experiencias de irrealidad y distanciamiento. Finalmente, el DSM-5 contiene la categoría de “otro trastorno disociativo especificado” donde se describen síndromes como el trastorno de trance disociativo o la alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa.

### **Implicaciones de la disociación y tratamiento**

Los trastornos disociativos suponen un coste económico mucho mayor que el tratamiento de pacientes con trastorno de pánico, trastornos depresivos y trastornos bipolares (Mansfield et al., 2010; Macy, 2002). Los pacientes con disociación patológica tienen altas tasas de suicidio y autolesiones en comparación con otros trastornos, lo que lleva a largos cursos de tratamiento en las clínicas psiquiátricas (Foote, Smolin, Neft, y Lipschitz, 2008). Vedat Sar (2006), en un estudio de revisión sobre la perspectiva internacional de los trastornos disociativos encuentra que, en muestras clínicas, las prevalencias oscilan entre el 4,3% y el 35,7%, obteniéndose cifras muy variadas entre distintos países. En cuanto a la prevalencia en población general, las tasas también son muy inestables, dependiendo del instrumento de medida utilizado. No obstante, las cifras son menores que en muestra clínica, obteniendo porcentajes del 2,1% al 18,3%. Aunque estos datos sean muy variables, demuestran que los trastornos disociativos representan una patología bastante frecuente, tanto en la población clínica como en la general. No obstante, en numerosas ocasiones estos trastornos se confunden y se infradiagnostican. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Turquía el 64% de pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite, padecían también un trastorno disociativo según los criterios del DSM-IV que no había sido diagnosticado (Sar et al., 2003). Asimismo, otros estudios sugieren que estos trastornos no están lo suficientemente reconocidos en la práctica clínica, lo que supone que casi un tercio de

los pacientes con trastorno disociativo no esté recibiendo tratamiento (Sar, Akyuz y Dogan, 2007).

Las experiencias disociativas, además de estar presentes en los trastornos disociativos, han demostrado ser prevalentes en otras psicopatologías, incluyendo el estrés postraumático (Carlson, Dalenberg y McDade-Montez, 2012; Dalenberg et al., 2012; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003), la esquizofrenia y la esquizotipia (Bob, Susta, Glaslova, y Boutros, 2010; Watson, 2001), el trastorno bipolar (Oedegaard et al., 2008), los trastornos alimentarios (La Mela, Maglietta, Castellini, Amoroso, y Lucarelli, 2010; Navarro, Wessman, Botella y García-Palacios, 2015), los trastornos de conversión y somatización (Guz et al., 2004; Lipsanen, Saarijarvi, y Lauerma, 2004), los trastornos por abuso de sustancias (Somer, Altus, y Ginzburg, 2010) y trastornos muy prevalentes en la práctica clínica, como pueden ser los trastornos de ansiedad (Soffer-Dudek, 2014; Boysan, Goldsmith, Cavus, Kayri, y Keskin, 2009; Fontenelle et al., 2007; Levin y Spei, 2004), el trastorno obsesivo-compulsivo (Soffer-Dudek, 2014; Aardema y Wu, 2011; Lochner et al., 2004, 2007) o la depresión (Soffer-Dudek, 2014; Boysan, Goldsmith, Çavuş, Kayri, y Keskin, 2009; Lemos-Miller y Kearney, 2006). El trastorno de personalidad límite (TLP), sin duda, es uno de los trastornos en los que más se ha estudiado la sintomatología disociativa comórbida (Vermetten y Spiegel, 2014; Barnow et al., 2012; Zanarini, Frankenburg, Jager-Hyman, Reich, y Fitzmaurice, 2008; Zanarini, Ruser, Frankenburg, y Hennen, 2000), junto al trastorno de estrés postraumático. Aproximadamente dos tercios de los pacientes con TLP presenta síntomas de disociación (Korzekwa, Dell, y Pain, 2009).

Estas altas tasas de prevalencia de sintomatología disociativa en otros trastornos psicológicos tienen implicaciones tanto en el curso de los mismos como en su respuesta al tratamiento. La disociación ha sido asociada a mayor severidad de los síntomas y peores resultados de tratamiento en distintos trastornos psicológicos abordados con psicoterapias como la cognitivo-conductual (TCC) (Jepsen, Langeland, Sexton, y Heir, 2014; Kleindienst et al., 2011; Rufer, et al., 2006; Beato, Rodríguez Cano, y Belmonte, 2003). Por ejemplo, los pacientes con trastornos de ansiedad que presentan síntomas disociativos parecen tener mayor probabilidad de no responder correctamente al tratamiento (Spitzer, Barnow, Freyberger, y Grabe, 2007). Esta influencia de la disociación en curso del tratamiento también ha sido observada en pacientes con TEPT (Hagenaars, van Minnen, y Hoogduin, 2010), en adictos a la heroína (Somer, 2003) y en pacientes en tratamiento de TLP (Ebner-Priemer et al., 2009). Además, pacientes con sintomatología disociativa parecen ser más propensos a abandonar

prematuramente los tratamientos de TCC, lo que puede indicar que estos programas no están siendo bien aceptados o tolerados (Tamar-Gurol, Sar, Karadag, Evren, y Karagoz, 2008). A pesar de la importancia que parece tener la disociación en los resultados del tratamiento, en muchos estudios no se evalúa ni se trata de forma específica (Kleindienst et al., 2016; Price, Kearns, Houry, y Rothbaum, 2014).

Las altas tasas de comorbilidad entre la disociación y otros trastornos, así como la implicación que ello conlleva en la evolución de las intervenciones, ponen de manifiesto la importancia de aplicar tratamientos que aborden específicamente la sintomatología disociativa. Algunas terapias han demostrado ser eficaces para el tratamiento de los síntomas y trastornos disociativos, por ejemplo, la terapia tripartita (Brand, Lanius, Vermetten, Loewenstein y Spiegel, 2012), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Baslet y Hill, 2011; Neziroglu y Donnelly, 2013), la terapia dialéctica conductual (DBT) (Koons et al., 2001) o la terapia basada en mindfulness (Langmuir, Kirsh, y Classen, 2012). A pesar de estos avances, es importante remarcar la necesidad de realizar ensayos clínicos controlados que validen tratamientos para esta patología, ya que la mayoría de resultados clínicos sobre la disociación provienen de estudios de caso y ensayos no controlados (Soffer-Dudek, 2014; Brand et al., 2012). Algunos autores consideran una necesidad urgente el desarrollo de tratamientos manualizados y basados en la evidencia para intervenir en este tipo de sintomatología (Brand et al., 2012).

## **Modelos explicativos de la disociación**

Algunos autores han tratado de ofrecer una explicación a la disociación, tanto a nivel etiológico como a nivel de manifestación de síntomas. A continuación, se describen algunos de los modelos más utilizados para intentar dar una explicación a este fenómeno.

- **Disociación como fallo en el procesamiento de la información**

Este modelo explica la disociación haciendo referencia a las teorías basadas en el procesamiento paralelo de la información (Rumelhart, Hinton y McClelland, 1986). Estas teorías suponen una organización cognitiva desde abajo hacia arriba, donde distintas redes neuronales procesan, de forma paralela, la información de entrada. Este tipo de modelos permite entender cómo se procesa la gran cantidad de información entrante y cómo los sujetos son capaces de construir y reconocer patrones en el ambiente. Según

estos modelos, es posible que se produzcan errores en el procesamiento de los contenidos mentales, por ejemplo, en la integración de los mismos. La disociación, dentro de este marco, sería la dificultad para integrar la información entrante (de carácter traumática) que provocaría un resultado desequilibrado y disgregado, dando lugar a manifestaciones clínicas como la desrealización o la amnesia disociativa.

- **Disociación como trastorno de la memoria**

Algunos autores como Kihlstrom (1994) entienden la disociación como un trastorno de la memoria. Kihlstrom argumenta que, principalmente, lo que se disocia de la experiencia consciente es la memoria autobiográfica. Además, considera que la disociación es una consecuencia de un fallo en la integración de la memoria episódica (explícita) y la memoria procedimental (implícita), dando lugar al automatismo que se observa en este tipo de psicopatología. El impacto de experiencias traumáticas en la memoria del sujeto también ha sido utilizado para explicar los mecanismos disociativos (Scaer, 2001). Según estos modelos, las reacciones defensivas a acontecimientos traumáticos se almacenan en la memoria procedimental y la disociación supondría una activación de estas memorias en presencia de estímulos asociados al trauma.

- **Disociación como resultado de una experiencia traumática**

Una de las explicaciones más comunes de los fenómenos disociativos es haciendo referencia a la presencia de experiencias traumáticas antecedentes a la clínica disociativa. Así, numerosos autores (Brewin y Holmes, 2003; Nijenhuis y Van der Hart, 1999; Chu, 1998; Van der Kolk y Van der Hart, 1995) consideran esta psicopatología como un fenómeno postraumático. Desde esta perspectiva, la disociación supone una forma de defensa ante la experiencia traumática homóloga al estado de “congelación” que se observa en animales y humanos ante situaciones de estrés extremo (Schauer y Elbert, 2010; Nijenhuis et al., 2004). Las reacciones disociativas agudas ante este tipo de situaciones pueden desempeñar un papel adaptativo, amortiguando el primer impacto del trauma. No obstante, cuando el sujeto generaliza este tipo de respuestas ante estresores de la vida diaria, la disociación se transforma en un afrontamiento disfuncional (Vermetten y Spiegel, 2014; Vermetten y Lanius, 2012; Lanius et al. 2010). La sintomatología disociativa impide el procesamiento cognitivo y afectivo de las experiencias traumáticas, cuyo contenido permanece y se reexperimenta de forma sensorial o mediante imágenes (Nijenhuis y van der Hart, 2011; Lanius et al., 2004). Investigaciones más recientes (Frewen, Brown, & Lanius, 2016; Frewen y Lanius, 2015)

proponen la disociación como un estado alterado de consciencia debido al trauma que el individuo expresa en cuatro dimensiones: tiempo, emoción, “embodiment” y cognición. Se trata del modelo 4D, el cual se basa en la capacidad que tiene el individuo de alterar determinados aspectos de la consciencia, en las cuatro dimensiones, para manejar emociones intensas durante experiencias traumáticas.

Numerosos estudios apoyan el papel traumático en la disociación. Por ejemplo, Frewen et al. (2016) encuentran mayor probabilidad de haber sufrido abusos durante la infancia entre los sujetos que informan de la presencia experiencias disociativas, resultados que se replican en otras investigaciones prospectivas (Byun, Brumariu, y Lyons-Ruth, 2016). Además, en un estudio longitudinal de 10 años (Diseth, 2006) se demostró una mayor presencia de síntomas disociativos en la edad adulta en los participantes que siendo niños habían padecido experiencias de carácter traumático. La evidencia de estudios longitudinales, estudios controlados y metaanálisis parece indicar que la exposición a experiencias traumáticas es uno de los factores causales más consistentes que explican la aparición de la sintomatología disociativa (Dalenberg et al., 2012). Además, existe evidencia acerca del papel mediador de la disociación en la relación entre el trauma y la expresión de psicopatología en la edad adulta (Griffin, Resick, y Mechanic, 1997; Becker-Lausen, Sanders, & Chinsky, 1995). Desde esta conceptualización traumática de la disociación se ha estudiado la relación de este fenómeno con trastornos como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), con el cual se observa alta comorbilidad y una posible etiología común, así como una alteración en procesos subyacentes similares (Krause-Utz, Frost, Winter y Elzinga, 2017; Vermetten y Spiegel, 2014). Así, por ejemplo, la inestabilidad de la autoimagen y la identidad que caracteriza a este trastorno de personalidad se hipotetiza que puede explicarse por la influencia de la disociación en el procesamiento de la información en el nivel de la personalidad, la cual se percibe de una forma desintegrada (Kennedy et al., 2004). Toda la evidencia señalada respecto al papel del trauma en la disociación ha promovido la inclusión en el DSM-5 de un nuevo subtipo disociativo de TEPT, caracterizado por sintomatología disociativa negativa (Lanius, Brand, Vermetten, Frewen y Spiegel, 2012).

- **Modelo cognitivo de la disociación**

Kennedy et al. (2004), ante la falta de modelos que puedan ser puestos a prueba empíricamente y que permitan entender y clasificar la disociación en términos de procesos psicológicos, desarrollan un modelo cognitivo de la disociación basado en la teoría cognitiva de la personalidad y la psicopatología de Beck (1996). Beck (1996)

propone que la personalidad se construye a partir de un conjunto de “modos” (modes) que están formadas por esquemas que codifican la información afectiva, conductual y fisiológica. Entre estos esquemas suele intercambiarse información, tanto dentro como a través de las modalidades.

La proposición central de este modelo es que la disociación es producto de un desajuste de los procesos mentales que ocurre en distintas etapas del procesamiento de la información: en la etapa de procesamiento automático, dentro de modalidades y entre modalidades. Una alteración en la primera etapa daría lugar a *disociación automática*, caracterizada por un desajuste en el nivel de los esquemas de orientación. La disociación de lo que normalmente sería asociado en situaciones normales previene la integración de material traumático y su elaboración en memorias con significado. Este material podría ser activado a nivel consciente, pero sin una comprensión integrada del mismo, produciendo síntomas como la reexperimentación y flashbacks, lo que se consideraría como disociación primaria (Van der Hart et al. 2006). En segundo lugar, la disociación se puede producir *dentro de modalidades*, lo que implica un desajuste de las relaciones asociativas entre los esquemas (afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico) dentro de una modalidad. La disociación provocaría un fallo en la integración de información relevante de esos esquemas explicando, por ejemplo, el afecto aplanado que se observa tras un trauma (desajuste de un esquema afectivo del resto de los esquemas de una modalidad). Estos autores relacionan esta etapa con la disociación secundaria de Van der Hart et al. (2006), especialmente por lo que se refiere a la sintomatología afectiva. Por último, la tercera etapa se corresponde con la *disociación entre modalidades*, en la cual se produce un desajuste parcial o total entre las diferentes modalidades. Esto puede ocurrir en distintos grados, siendo el más leve la inestabilidad en la autoimagen del TLP y el más extremo el trastorno de identidad disociativo. En este nivel de alteración, la información almacenada en un esquema de una modalidad no es accesible para la persona cuando otra modalidad es activada. Esto se relacionaría con la disociación terciaria de Van der Hart et al. (2006).

- **Hallazgos neurobiológicos**

Actualmente, los hallazgos neurobiológicos acerca de los fenómenos disociativos son consistentes y permiten comprender el mecanismo neural que subyace a la manifestación de los síntomas. El modelo de inhibición cortico-límbico (o modelo de modulación emocional) es el más respaldado por diversos grupos de investigación (del Río-Casanova, González, Páramo, Van Dijke y Brenlla, 2016; Stevens et al., 2013;

Lanius et al., 2012; Lanius et al., 2010; Felmingham et al., 2008; Weniger, Lange, Sachsse e Irle, 2008; Hopper, Frewen, Van der Kolk, y Lanius, 2007; Frewen y Lanius, 2006). La mayoría de investigaciones que contribuyen a este modelo han sido llevadas a cabo con pacientes con TEPT (Frewen y Lanius, 2006; Hopper et al., 2007; Felmingham et al., 2008; Lanius et al., 2010; Lanius et al., 2012; Stevens et al., 2013), aunque también se han replicado estos hallazgos en TLP con síntomas disociativos (Krause-Utz et al., 2017; Krause-Utz y Schmahl, 2016; Ruocco, Amirthavasagam, Choi-Kain y McMain, 2013; Barnow et al., 2012; Limberg et al., 2011; Ebner-Priemer et al., 2009), trastorno de despersonalización (Lemche et al., 2007), trastorno de identidad disociativo (Reinders et al., 2014, 2006) o la amnesia disociativa (Kikuchi et al., 2010; Hennig-Fast et al., 2008).

El **modelo de inhibición cortico-límbico**, basado en las investigaciones anteriormente citadas, sugiere 1) un fallo en la inhibición del sistema límbico por parte del córtex prefrontal en pacientes con síntomas de reexperimentación e hiperarousal y 2) una excesiva inhibición del sistema límbico por parte del córtex prefrontal en pacientes que presentan síntomas de despersonalización o desrealización. En estos estudios de corte neurobiológico, se observa que la tendencia a la reexperimentación de las memorias traumáticas, lo que según la teoría estructural de la disociación (Van der Hart et al., 2006) sería disociación primaria (síntomatología positiva), está mediada por una baja activación del córtex prefrontal ventromedial y el cíngulo anterior, regiones implicadas en la regulación emocional (Etkin y Wager, 2007; Lanius, Bluhm, Lanius y Pain, 2006; Hopper et al., 2007). El córtex prefrontal en este tipo de pacientes no inhibe correctamente la hiperactividad del sistema límbico, especialmente por lo que se refiere a la amígdala, lo cual supone una respuesta de disregulación emocional caracterizada por hiperarousal y alta reactividad fisiológica. Este tipo de patrón de actividad neurofisiológica ha sido conceptualizado como **“emotional undermodulation”** (infrarregulación emocional). En contraste con estos correlatos, los pacientes que presentan sintomatología disociativa secundaria (síntomatología negativa) (Van der Hart et al., 2006) como despersonalización, desrealización, analgesia o amnesia, muestran una alta activación de las áreas cerebrales implicadas en la regulación emocional y una baja activación de las estructuras límbicas. En este caso, el córtex prefrontal ventromedial y el cíngulo anterior inhiben de forma excesiva áreas como la amígdala, en la desrealización, la despersonalización y la analgesia (Lemche et al., 2007; Geuze et al., 2007; Hopper et al., 2007), o el hipocampo y el córtex occipital (implicados en la memoria autobiográfica) en la amnesia disociativa (Kikuchi et al., 2010; Hennig-Fast et al., 2008). Esta hiperinhibición cortico-límbica se refleja en un desapego respecto a la



realidad y las memorias traumáticas, caracterizado por una baja reactividad fisiológica y conductual (Lanius et al., 2006). A este tipo de regulación emocional patológica en respuesta al trauma se le ha acuñado el término “**emotional overmodulation**” (sobreerregulación emocional). Felmingham et al. (2008) sugieren que los estados de despersonalización y desrealización representan una estrategia regulatoria del arousal mediante la inhibición de regiones límbicas, y que esta estrategia se encuentra más activa durante el procesamiento consciente del miedo.

Estos hallazgos neurobiológicos permiten comprender la variabilidad de síntomas disociativos presentes en distintos trastornos relacionados con el trauma, como el TEPT, el TLP o los trastornos disociativos. La disociación podría representar un factor dimensional, que varía de síntomas de reexperimentación a síntomas de desapego, y que estaría implicado en la etiología y en el mantenimiento de cada uno de estos trastornos. Además, la regulación emocional que caracteriza el afrontamiento de cada individuo podría ejercer un papel de factor mediador de la sintomatología disociativa y, por tanto, de la expresión específica de síntomas del trastorno asociado al trauma.

### **1.3. DIFICULTADES EN REGULACIÓN EMOCIONAL Y DISOCIACIÓN**

Parece estar claro el impacto de la disociación tanto en el individuo que la padece como en el curso del tratamiento que está recibiendo. Sin embargo, la comprensión de este fenómeno todavía parece quedar muy lejos, tanto por lo que se refiere a su etiología como por la manifestación sintomática.

Tras el análisis de los modelos más utilizados para tratar de explicar la disociación se puede inferir que la mayoría de ellos están de acuerdo en el papel del trauma como el principal factor etiológico. No obstante, bajo mi conocimiento, actualmente no existe un modelo de la disociación que logre explicar desde una visión integral el desarrollo de este fenómeno. Es necesario realizar un mayor número de investigaciones que permitan identificar qué factores de vulnerabilidad hacen más probable esta psicopatología en un individuo y qué procesos y mecanismos subyacentes están a la base del desarrollo de la misma, partiendo de niveles subclínicos de disociación hasta el trastorno disociativo. Un factor de vulnerabilidad ambiental claramente relacionado con la disociación es la experiencia traumática. Sin embargo, tras la realización de la revisión bibliográfica respecto a la disociación no he podido evitar realizarme una cuestión a la que pretendo

responder mediante este trabajo: *¿existe algún factor de vulnerabilidad psicológica que podría explicar el desarrollo y mantenimiento de la disociación?*

Cuando analizamos los hallazgos neurobiológicos en relación a la disociación y otros trastornos relacionados, se evidencia que es el tipo de estrategia de regulación emocional utilizada (*undermodulation* u *overmodulation*) lo que media la expresión de una sintomatología disociativa determinada (primaria o secundaria). Esto podría sugerir que existe una relación entre estas dos variables, la regulación emocional y la disociación. Las dificultades en regulación emocional podrían representar un factor de vulnerabilidad psicológica para el desarrollo y mantenimiento de la disociación.

En apartados anteriores ya se ha comentado la importancia de la regulación emocional como factor de vulnerabilidad a la psicopatología, haciendo énfasis en la perspectiva transdiagnóstica y en los problemas de regulación emocional que se observan en numerosos trastornos psicológicos. En trastornos como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios o en el TLP se hacía referencia a la regulación emocional como un proceso clave. Además, por otra parte, también se ha indicado en apartados anteriores la comorbilidad entre disociación y otros trastornos psicológicos, entre los cuales se encuentran los nombrados anteriormente. La presencia de ambas variables, disociación y dificultades en regulación emocional, de forma simultánea en estos trastornos podría representar una prueba de la existencia de una posible relación entre las dos.

Por otra parte, el entrenamiento en regulación emocional ha demostrado ser eficaz para reducir la sintomatología disociativa y es recomendado por expertos de este campo para el tratamiento de los trastornos disociativos (Brand et al 2012; Courtois y Ford, 2009; International Society for the Study of Dissociation, 2011). Por ejemplo, en un ensayo clínico aleatorizado realizado por Harned et al (2014) se comprobó que la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy, DBT) fue eficaz para reducir la sintomatología disociativa en pacientes con TLP y TEPT, siendo la regulación emocional un componente fundamental en esta terapia. Otros estudios (Cloitre, Petkova y Wang, 2012) demuestran una reducción significativa en los síntomas disociativos tras un tratamiento basado en regulación emocional, especialmente cuando el grado de disociación es muy alto. Estos mismos autores, en sus conclusiones, sugieren que el entrenamiento en regulación emocional es más efectivo para el tratamiento del TEPT complejo que la terapia convencional focalizada en el trauma. La reducción de la clínica

disociativa al aumentar las estrategias adaptativas de regulación emocional podría suponer otra prueba de una asociación entre ambas variables.

En estudios recientes se han observado correlaciones positivas entre ambas variables (Serrano, González-Ordi y Corbí, 2016; Navarro et al., 2015; Moulton, Newman, Power, Swanson y Day, 2015). Sin embargo, existe controversia respecto a los mecanismos específicos que subyacen a esta relación y es necesaria la investigación sobre esta temática, especialmente que profundice a nivel teórico y ofrezca una posible explicación a la misma (Moulton et al., 2015; Fox y Power, 2009; Briere 2006). Bajo mi conocimiento y tras una revisión exhaustiva de la literatura, no existe ninguna investigación que tenga por objetivo lo anteriormente citado.

## 1.4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

### Objetivo general

El **objetivo general** del presente estudio es analizar la relación entre la presencia de sintomatología disociativa y las dificultades en regulación emocional. Este objetivo se pretende alcanzar tanto ofreciendo evidencia empírica como profundizando a nivel teórico para proponer una posible explicación a la asociación entre estas dos variables.

Además, en este estudio también se pretende analizar la existencia de diferencias en ambas variables en función de los dos grupos que componen la muestra del estudio: población clínica y población general.

### Objetivos específicos

- Analizar si existen **diferencias** significativas entre ambos tipos de **poblaciones** en las puntuaciones obtenidas en las dos variables.
- Analizar si existen **diferencias** significativas en las puntuaciones de ambos grupos en función de características demográficas como el género, la edad, el nivel de estudios o el estado civil.
- Observar si existe una **correlación** positiva estadísticamente significativa entre ambas variables en una muestra formada por población clínica y general.

## **Hipótesis del estudio**

- **Hipótesis 1:** el grupo de población clínica obtendrá puntuaciones significativamente mayores en ambas variables en comparación con el grupo de población general.
- **Hipótesis 2:** se espera obtener diferencias significativas en las puntuaciones de las dos variables en función del género, la edad, el nivel de estudios y el estado civil en los dos grupos de población.
  - 2.1. Se espera que las mujeres obtengan mayores puntuaciones en ambas variables.
  - 2.2. Las personas más jóvenes presentarán mayores puntuaciones en las variables.
  - 2.3. Las personas con mayores estudios obtendrán menores puntuaciones en ambas variables.
  - 2.4. Se espera que las personas solteras presenten mayores puntuaciones en ambas variables.
- **Hipótesis 3:** se espera obtener una correlación positiva entre las dificultades en regulación emocional y la sintomatología disociativa.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

La muestra está formada por 460 sujetos que participaron voluntariamente en el estudio, con edades comprendidas entre los 18 y los 67 años, una media de 27.53 años y una desviación típica de 11.11. La distribución del sexo fue de un 24.3% de hombres (n= 112) y un 75.7% de mujeres (n= 348). En la tabla 1 se pueden consultar las características demográficas de la muestra de forma más detallada.

Para la realización de este estudio se contó con dos subgrupos de participantes: población general y población clínica. El grupo de población general (n= 409) lo formaron sujetos que no estaban recibiendo tratamiento psicológico en el momento de responder a los cuestionarios. De los 409 sujetos de este grupo, 311 fueron mujeres y 98 fueron hombres, con una media de edad de 26.81 años (DT=10.59). Por otro lado, el grupo de población clínica (n= 51) estuvo compuesto por pacientes que estaban recibiendo tratamiento ambulatorio en dos instituciones sanitarias: la Unidad de Salud Mental Illes Columbretes y el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I, ambas pertenecientes a la ciudad de Castellón. Este grupo estuvo formado por 37 mujeres y 14 hombres, con una media de edad de 33.33 años (DT=13.35). En las tablas 2 y 3 se muestran las características demográficas para los dos subgrupos de la muestra.

Tabla 1: Características demográficas de la muestra.

| Variable   | N   | %    |
|--|-----|------|
| Género   |     |      |
| Hombres  | 112 | 24.3 |
| Mujeres  | 348 | 75.5 |
| Estado civil   |     |      |
| Soltero  | 217 | 47.2 |
| En pareja  | 239 | 52   |
| Nivel de estudios  |     |      |
| Sin estudios   | 1   | .2   |
| Estudios básicos   | 106 | 23   |
| Estudios superiores  | 349 | 75.9 |
| Recibiendo tratamiento psicológico/psiquiátrico en la actualidad |     |      |
| Sí   | 51  | 11.1 |
| No   | 409 | 88.9 |
| Tratamientos psicológicos previos                                |     |      |
| Sí   | 97  | 21.1 |
| No   | 348 | 75.7 |

N= número de sujetos; %= porcentaje

Tabla 2: Características demográficas del grupo de población general.

| Variable   | N   | %    |
|--|-----|------|
| Género   |     |      |
| Hombres  | 98  | 24   |
| Mujeres  | 311 | 76   |
| Estado civil   |     |      |
| Soltero  | 192 | 47.3 |
| En pareja  | 214 | 52.7 |
| Nivel de estudios  |     |      |
| Sin estudios   | 1   | .2   |
| Estudios básicos   | 94  | 23.2 |
| Estudios superiores  | 310 | 75.8 |
| Recibiendo tratamiento psicológico/psiquiátrico en la actualidad |     |      |
| Sí   | 0   | 0    |
| No   | 409 | 100  |
| Tratamientos psicológicos previos                                |     |      |
| Sí   | 75  | 18.3 |
| No   | 334 | 81.7 |

N= número de sujetos; %= porcentaje

Tabla 3: Características demográficas del grupo de población clínica.

| Variable   | N  | %    |
|--|----|------|
| Género   |    |      |
| Hombres  | 14 | 27.5 |
| Mujeres  | 37 | 72.5 |
| Estado civil   |    |      |
| Soltero  | 25 | 50   |
| En pareja  | 25 | 50   |
| Nivel de estudios  |    |      |
| Sin estudios   | 0  | 0    |
| Estudios básicos   | 12 | 23.5 |
| Estudios superiores  | 39 | 76.5 |
| Recibiendo tratamiento psicológico/psiquiátrico en la actualidad |    |      |
| Sí   | 51 | 11.1 |
| No   | 0  | 0    |
| Tratamientos psicológicos previos                                |    |      |
| Sí   | 22 | 61.1 |
| No   | 14 | 38.9 |

N= número de sujetos; %= porcentaje

## 2.2. Instrumentos

Para analizar la relación entre la presencia de sintomatología disociativa y las dificultades en regulación emocional se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

**Escala de Experiencias Disociativas II (DES-II;** Carlson y Putnam, 1993; Icarán, Colom y Orengo-García, 1996). Autoinforme que mide la presencia de sintomatología disociativa tanto en población clínica como en población general. Está formado por 28 ítems que evalúan el porcentaje de tiempo (de 0 a 100%) que un individuo presenta experiencias disociativas en su vida diaria. El DES-II contiene tres subescalas que valoran distintos tipos de fenómenos disociativos: 1) disociación patológica, 2) absorción y 3) despersonalización y desrealización. Algunos ejemplos de ítems presentes en la escala son: “Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse a sí mismos en un lugar y no tener idea de cómo llegaron allí” y “Algunas personas tienen la experiencia de sentir que otras personas, objetos y el mundo alrededor de ellos no es real”. La puntuación total de la escala se obtiene sumando los porcentajes de cada ítem y dividiendo el total por 28. La población general suele obtener valores inferiores a 20, mientras que puntuaciones superiores a 30 pueden indicar la presencia de un trastorno disociativo. La escala presenta buenas propiedades psicométricas, oscilando la fiabilidad test-retest entre .78 y .93 y los valores de consistencia interna entre .85 y .96 y mostrando buena validez convergente. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .90 para la puntuación total del instrumento.

**Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS;** Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008). El DERS es un autoinforme que evalúa las dificultades que un sujeto presenta para regular sus emociones mediante estrategias adaptativas de regulación emocional. La adaptación española del instrumento está formada por 28 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos (donde 1= “casi nunca/0-10% de las veces” y 5= “casi siempre/90-100% de las veces”) e incluye cinco subescalas: 1) descontrol emocional, 2) rechazo emocional, 3) interferencia cotidiana, 4) desatención emocional y 5) confusión emocional. Algunos ejemplos de ítems del DERS serían: “Estoy confuso/a sobre lo que siento” y “Cuando me siento mal, pierdo el control”. Para interpretar las puntuaciones, se debe atender a la puntuación media obtenida por la muestra de validación ( $\bar{x}$  = 58.4, DT= 17.6). En cuanto a sus propiedades psicométricas, este instrumento ha demostrado tener una alta consistencia interna ( $\alpha$ =.93), una fiabilidad test-retest adecuada ( $\rho$ =.74) y buenos valores de validez

predictiva y criterial. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .94 para la puntuación total del instrumento.

### **2.3. Procedimiento**

Los cuestionarios fueron administrados a los participantes en dos formatos, una versión en papel y lápiz y la otra mediante un enlace a una encuesta online, realizada con la plataforma “Formularios de Google”. Ésta última versión fue difundida y compartida a través de las redes sociales para alcanzar a toda la población posible. El formulario electrónico fue configurado de tal manera que cada sujeto solo podía contestar una única vez, con el objetivo de evitar un posible sesgo en los datos. Además, para reforzar este propósito y lograr un adecuado manejo de los datos, se demandaron los cuatro últimos dígitos del DNI a cada participante. Antes de responder a los cuestionarios, los participantes cumplimentaban algunos datos demográficos como la edad, el género, el estado civil o el nivel de estudios. Posteriormente, con el fin de determinar a qué grupo de población pertenecían (clínica o general) se les preguntaba si estaban recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico en ese momento y el motivo por el cual lo estaban recibiendo. En ambas versiones se incluyó un consentimiento informado donde accedían a ceder sus datos para que pudieran ser utilizados con fines de divulgación científica, salvaguardando el anonimato de cada participante.

### **2.4. Análisis estadísticos**

El análisis de datos ha sido realizado mediante el paquete estadístico SPSS (versión 22). En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos para obtener información acerca de las puntuaciones de los sujetos en las variables de estudio. Posteriormente, se realizaron comparaciones de medias mediante análisis de varianza (ANOVA) y Pruebas t-Student para comprobar si existían diferencias entre grupos en las dos variables. Debido a la dependencia del tamaño muestral de los valores  $p$ , se calculó el tamaño del efecto ( $d$  de Cohen) para la comparación principal del estudio (población clínica vs. general). Asimismo, se calcularon correlaciones bivariadas Pearson para determinar la posible relación entre la disociación y las dificultades en regulación emocional. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión paso a paso (*stepwise*) que permitió determinar las dimensiones de dificultades en regulación emocional que producían un mayor impacto en la disociación. El nivel de significación establecido para todos los análisis llevados a cabo fue de 0.05.



### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Análisis preliminares de los resultados

En la tabla 4 se muestran los estadísticos descriptivos obtenidos para el **grupo de población general** en las dos variables analizadas, disociación y dificultades en regulación emocional.

Tabla 4: Estadísticos descriptivos del grupo de población general.

| POBLACIÓN GENERAL                           |               |       |        |         |        |         |        |
|---|---------------|-------|--------|---------|--------|---------|--------|
| Variable                                    | Dimensiones   | Total |        | Hombres |        | Mujeres |        |
|   |               | Media | DT     | Media   | DT     | Media   | DT     |
| Disociación (DES)                           | D. Patológica | 7,94  | 5,394  | 4,58    | 4,346  | 7,77    | 5,350  |
|   | Absorción     | 6,21  | 3,879  | 11,08   | 6,099  | 6,14    | 3,871  |
|   | DP/DR         | 4,37  | 3,049  | 2,02    | 2,957  | 4,26    | 2,961  |
|   | TOTAL         | 21,88 | 13,872 | 23,41   | 14,251 | 21,39   | 13,738 |
| Dificultades en regulación emocional (DERS) | Descontrol    | 18,20 | 7,811  | 17,52   | 7,375  | 18,41   | 7,943  |
|   | Rechazo       | 15,74 | 7,116  | 15,01   | 6,815  | 15,96   | 7,204  |
|   | Interferencia | 11,57 | 4,597  | 11,03   | 4,482  | 11,74   | 4,627  |
|   | Desatención   | 8,78  | 3,357  | 9,35    | 3,278  | 8,61    | 3,368  |
|   | Confusión     | 8,42  | 3,598  | 8,11    | 3,327  | 8,51    | 3,679  |
|   | TOTAL         | 62,71 | 20,581 | 61,02   | 19,515 | 63,24   | 20,908 |

Nota. D. Patológica= disociación patológica; DP/DR= despersonalización/desrealización; DT= desviación típica

La puntuación total de este grupo en el DES es de 21.88 (DT=13.87), lo que indica una elevada presencia de disociación en la muestra, con mayores puntuaciones los hombres ( $\bar{x}$ =23.41, DT=14.25) en comparación con las mujeres ( $\bar{x}$ =21.39, DT=13.73). La subescala donde se han observado valores más altos es la de *disociación patológica* ( $\bar{x}$ =7.94, DT=5.39), mientras que las experiencias de *despersonalización y desrealización* han sido las menos frecuentes en la muestra ( $\bar{x}$ = 4.37, DT=3.05).

Por lo que se refiere al DERS, la puntuación total para el grupo de población general es de 62.71 (DT=20.58), valor ligeramente superior a la media de la muestra de baremación ( $\bar{x}$ =58.4, DT=17.6) (Hervás y Jódar, 2008). En esta variable, las mujeres ( $\bar{x}$ =63.24, DT=20.91) han obtenido mayores valores que los hombres ( $\bar{x}$ = 61.02, DT=19.52). En general, la dimensión en la que este grupo ha presentado mayores dificultades es en *descontrol emocional* ( $\bar{x}$ =18.20, DT= 7.81), en contraste con *confusión emocional*, dimensión en la que los participantes han obtenido las menores puntuaciones ( $\bar{x}$  = 8.42, DT=3.60).

A continuación, en la tabla 5, se muestran los estadísticos descriptivos obtenidos por el **grupo de población clínica** en ambas variables.

Tabla 5: Estadísticos descriptivos del grupo de población clínica.

| POBLACIÓN CLÍNICA                           |               |       |        |         |        |         |        |
|---|---------------|-------|--------|---------|--------|---------|--------|
| Variable                                    | Dimensiones   | Total |        | Hombres |        | Mujeres |        |
|   |               | Media | DT     | Media   | DT     | Media   | DT     |
| Disociación (DES)                           | D. Patológica | 6,50  | 4,905  | 4,41    | 2,845  | 7,29    | 5,306  |
|   | Absorción     | 5,15  | 3,754  | 4,31    | 3,961  | 5,46    | 3,679  |
|   | DP/DR         | 4,08  | 2,808  | 3,21    | 2,552  | 4,41    | 2,862  |
|   | TOTAL         | 18,98 | 13,211 | 13,93   | 10,215 | 20,89   | 13,822 |
| Dificultades en regulación emocional (DERS) | Descontrol    | 22,80 | 8,147  | 18,64   | 5,344  | 24,42   | 8,527  |
|   | Rechazo       | 20,36 | 7,735  | 17,29   | 6,281  | 21,56   | 7,991  |
|   | Interferencia | 14,26 | 4,571  | 13,79   | 4,791  | 14,44   | 4,538  |
|   | Desatención   | 7,72  | 2,935  | 6,86    | 2,905  | 8,06    | 2,917  |
|   | Confusión     | 8,82  | 3,336  | 6,71    | 1,490  | 9,64    | 3,506  |
|   | TOTAL         | 73,96 | 19,737 | 63,29   | 12,294 | 78,11   | 20,638 |

Nota. D. Patológica= disociación patológica; DP/DR= despersonalización/desrealización; DT= desviación típica

En contra de lo esperado según Icarán et al. (1996), la muestra clínica ha presentado un menor número y frecuencia de experiencias disociativas que la muestra general, con un promedio total de 18.98 (DT=13.21) en el DES. Las mujeres ( $\bar{x}$ =20.89, DT=13.82) han presentado valores más elevados en disociación que los hombres ( $\bar{x}$ =13.93, DT=10.22) y, de forma conjunta, las subescalas con mayores y menores puntuaciones son *disociación patológica* ( $\bar{x}$ =6.50) y *despersonalización y desrealización* ( $\bar{x}$ =4.08), respectivamente, tal como sucedía en el grupo de población general.

En cuanto a las dificultades en regulación emocional, el grupo de población clínica ha presentado un promedio total de 73.96 (DT=19.74) en el DERS, valor superior al obtenido por el grupo de población general de este estudio y bastante superior a la media de la muestra normativa del instrumento ( $\bar{x}$ =58.4), compuesta por población general (Hervás y Jódar, 2008). De forma similar al grupo de población general, *descontrol emocional* ( $\bar{x}$ =22.80) ha sido la dimensión en la que este grupo ha presentado mayores dificultades. La subescala con menores puntuaciones, en este caso, ha sido *desatención emocional* ( $\bar{x}$ =7.72). En esta variable, tal como se observaba en la muestra general, las mujeres ( $\bar{x}$ =78.11) han obtenido valores más elevadas que los hombres ( $\bar{x}$ =63.29).

### 3.2. Análisis comparativos entre grupos

Con el objetivo de determinar posibles diferencias entre los dos grupos que componen la muestra, se llevaron a cabo análisis comparativos utilizando la prueba t de Student y el análisis de varianza (ANOVA).

Los análisis estadísticos revelaron **diferencias significativas entre ambos tipos de población**, clínica o general (ver tabla 6). En este caso, la muestra clínica presentó niveles significativamente mayores en cuanto a dificultades en regulación emocional en la puntuación total del instrumento ( $t= 3.787$ ;  $p=.000$ ) y en las siguientes subescalas: *descontrol* ( $t= 3.787$ ;  $p=.000$ ), *rechazo* ( $t= 4.024$ ;  $p=.000$ ), *interferencia* ( $t= 3.923$ ;  $p=.000$ ) y *desatención* ( $t= -2.382$ ;  $p=.020$ ). Los tamaños del efecto de las comparaciones entre ambos grupos rondan el 0.60 en todas las subescalas (a excepción de desatención), lo que según Cohen (1988) significaría una magnitud del efecto mediana. Por lo que se refiere a la variable disociación, no se hallaron diferencias significativas en función del tipo de población.

Tabla 6: Diferencias en disociación y dificultades en regulación emocional en función del tipo de población.

| Variable                             | Dimensión     | Tipo de población  |                | DT               | t      | p    | d     |
|--------------------------------------|---------------|--------------------|----------------|------------------|--------|------|-------|
|                                      |               | Grupo              | Media          |                  |        |      |       |
| Dificultades en regulación emocional | Total         | Clínica<br>General | 73.96<br>62.71 | 19.737<br>20.581 | 3.787  | .000 | 0.558 |
|                                      | Descontrol    | Clínica<br>General | 22.80<br>18.20 | 8.147<br>7.811   | 3.787  | .000 | 0.576 |
|                                      | Rechazo       | Clínica<br>General | 20.36<br>15.74 | 7.735<br>7.116   | 4.024  | .000 | 0.622 |
|                                      | Interferencia | Clínica<br>General | 14.26<br>11.57 | 4.571<br>4.597   | 3.923  | .000 | 0.587 |
|                                      | Desatención   | Clínica<br>General | 7.72<br>8.78   | 2.935<br>3.357   | -2.382 | .020 | 0.336 |

Nota. D. Patológica= disociación patológica; DT= desviación típica; t= valor del estadístico t; p= nivel de significación; d= d de Cohen (tamaño del efecto)

Posteriormente, se realizaron análisis para determinar la influencia de las variables demográficas en ambos grupos de población. A continuación, se detallan las diferencias significativas encontradas para cada grupo de población en función de algunas variables demográficas.

En el grupo de **población clínica** se observaron diferencias en cuanto al **género** (ver tabla 7) en *disociación patológica* ( $t= 2.484$ ;  $p=.017$ ), presentando las mujeres mayores puntuaciones que los hombres en esta subescala. Además, se obtuvieron diferencias marginalmente significativas en la puntuación total de la escala ( $t=1.959$ ;  $p=.059$ ), con mayores puntuaciones las mujeres. Las participantes del sexo femenino también presentaron mayores dificultades estadísticamente significativas en las subescalas de *descontrol* ( $t= 2.352$ ;  $p=.023$ ) y *confusión* ( $t= 3.002$ ;  $p=.004$ ) del DERS, así como en la puntuación total de dicho instrumento ( $t= 2.511$ ;  $p= .015$ ). Estas comparaciones realizadas para las dificultades en regulación emocional tienen un tamaño del efecto grande, según el estadístico *d* de Cohen (1988). Por otra parte, en este grupo también se observaron diferencias significativas atendiendo al **nivel de estudios**. Los participantes con estudios básicos mostraron valores más elevados en la dimensión

*rechazo emocional* del DERS ( $F= 4.668$ ;  $p= .036$ ) en comparación con los sujetos que tenían estudios superiores (ver tabla 8).

Tabla 7: Diferencias en disociación y dificultades en regulación emocional en función del género en el grupo de población clínica.

| Género (población clínica)           |               |        |       |        |       |      |
|--------------------------------------|---------------|--------|-------|--------|-------|------|
| Variable                             | Dimensión     | Grupo  | Media | DT     | t     | p    |
| Disociación                          | D. Patológica | Mujer  | 7.29  | 5.306  | 2.484 | .017 |
|                                      |               | Hombre | 4.41  | 2.845  |       |      |
|                                      | Total         | Mujer  | 20.89 | 13.822 | 1.959 | .059 |
|                                      |               | Hombre | 13.93 | 10.215 |       |      |
| Dificultades en regulación emocional | Descontrol    | Mujer  | 24.42 | 8.527  | 2.352 | .023 |
|                                      |               | Hombre | 18.64 | 5.344  |       |      |
|                                      | Confusión     | Mujer  | 9.64  | 3.506  | 3.002 | .004 |
|                                      |               | Hombre | 6.71  | 1.490  |       |      |
|                                      | Total         | Mujer  | 78.11 | 20.638 | 2.511 | .015 |
|                                      |               | Hombre | 63.29 | 12.294 |       |      |

Nota. D. Patológica= disociación patológica; DT= desviación típica; t= valor del estadístico t; p= nivel de significación.

Tabla 8: Diferencias en disociación y dificultades en regulación emocional en función del nivel de estudios en el grupo de población clínica.

| Nivel de estudios (población clínica) |           |                     |       |       |       |      |
|---------------------------------------|-----------|---------------------|-------|-------|-------|------|
| Variable                              | Dimensión | Grupo               | Media | DT    | F     | p    |
| Dificultades en regulación emocional  | Rechazo   | Sin estudios        | —     | —     | 4.668 | .036 |
|                                       |           | Estudios básicos    | 24.42 | 7.128 |       |      |
|                                       |           | Estudios superiores | 19.08 | 7.557 |       |      |

Nota. D. Patológica= disociación patológica; DT= desviación típica; t= valor del estadístico t; p= nivel de significación.

En el grupo de **población general**, se hallaron diferencias significativas en relación a la **edad** y al **estado civil**. Los participantes más jóvenes de la muestra, con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, presentaron puntuaciones significativamente superiores en la puntuación total del DERS ( $F= 7.684$ ;  $p=.000$ ), así como en las dimensiones de *descontrol* ( $F=5.304$ ;  $p=.001$ ), *interferencia* ( $F= 9.457$ ;  $p= .000$ ) y *confusión emocional* ( $F=13.644$ ;  $p=.000$ ) (ver tabla 9). En cuanto al **estado civil** (ver tabla 10), los participantes que estaban solteros en el grupo de población general mostraron mayores dificultades estadísticamente significativas en la dimensión de *confusión emocional* ( $t= 2.346$ ;  $p=.019$ ) del DERS. Además, se observaron diferencias marginalmente significativas en la subescala de *despersonalización y desrealización* ( $t= 1.899$ ;  $p= .058$ ) del DES, mostrando puntuaciones más elevadas los sujetos que estaban solteros.

Tabla 9: Diferencias en disociación y dificultades en regulación emocional en función la edad en el grupo de población general.

| Edad (población general)             |               |              |       |        |        |      |
|--------------------------------------|---------------|--------------|-------|--------|--------|------|
| Variable                             | Dimensión     | Grupo (años) | Media | DT     | F      | p    |
| Dificultades en regulación emocional | Descontrol    | 18-35        | 18.85 | 8.063  | 5.304  | .001 |
|                                      |               | 35-50        | 14.80 | 6.558  |        |      |
|                                      |               | 50-65        | 16.35 | 7.293  |        |      |
|                                      | Interferencia | 18-35        | 12.20 | 4.720  | 9.457  | .000 |
|                                      |               | 35-50        | 10.16 | 4.095  |        |      |
|                                      |               | 50-65        | 10.38 | 4.750  |        |      |
|                                      | Confusión     | 18-35        | 8.87  | 3.549  | 13.644 | .000 |
|                                      |               | 35-50        | 6.66  | 2.859  |        |      |
|                                      |               | 50-65        | 6.96  | 3.218  |        |      |
|                                      | Total         | 18-35        | 65.30 | 20.943 | 7.684  | .000 |
|                                      |               | 35-50        | 56.35 | 19.106 |        |      |
|                                      |               | 50-65        | 61.27 | 22.890 |        |      |

Nota. DT= desviación típica; t= valor del estadístico t; p= nivel de significación.

Tabla 10: Diferencias en disociación y dificultades en regulación emocional en función del estado civil en el grupo de población general.

| Estado Civil (población general)     |           |           |       |       |       |      |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-------|-------|-------|------|
| Variable                             | Dimensión | Grupo     | Media | DT    | t     | p    |
| Disociación                          | DP/DR     | Solteros  | 4.67  | 3.086 | 1.899 | .058 |
|                                      |           | En pareja | 4.10  | 2.984 |       |      |
| Dificultades en regulación emocional | Confusión | Solteros  | 8.88  | 3.517 | 2.346 | .019 |
|                                      |           | En pareja | 8.05  | 3.636 |       |      |

Nota. D. Patológica= disociación patológica; DT= desviación típica; t= valor del estadístico t; p= nivel de significación.

En resumen, los resultados señalan la existencia de diferencias significativas entre la población clínica y la general en una de las dos variables de estudio, las dificultades en regulación emocional. Además, se observó la influencia de algunas variables demográficas en ambos grupos. En el grupo de población clínica, se hallaron diferencias en función del género y del nivel de estudios, mientras que en el grupo de población general las diferencias son en cuanto a la edad y el estado civil de los participantes

### 3.3. Análisis correlacionales

En primer lugar, el análisis correlacional indicó la existencia de correlaciones positivas significativas entre las distintas subescalas que componen el DES, un resultado esperable y que confirma la alta consistencia interna del cuestionario. Este patrón de correlaciones intra-escala también se pudo observar entre las dimensiones del DERS.

A continuación, en la tabla 11, se presentan los resultados obtenidos respecto a las correlaciones entre disociación y dificultades en regulación emocional en la totalidad de la muestra del estudio.

Tabla 11: Correlaciones bivariadas entre las medidas de disociación y dificultades en regulación emocional.

|     |              | DERS   |            |         |               |             |           |
|-----|--------------|--------|------------|---------|---------------|-------------|-----------|
|     |              | Total  | Descontrol | Rechazo | Interferencia | Desatención | Confusión |
| DES | Total        | .352** | .300**     | .251**  | .268**        | .217**      | .309**    |
|     | D.Patológica | .289** | .254**     | .199**  | .214**        | .175**      | .265**    |
|     | Absorción    | .325** | .284**     | .215**  | .265**        | .204**      | .278**    |
|     | DP/DR        | .382** | .311**     | .311**  | .282**        | .217**      | .319**    |

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; D. Patológica= disociación patológica; DP/DR= despersonalización/desrealización

Como se puede observar, se hallaron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre todas las subescalas de disociación y dificultades en regulación emocional. La correlación obtenida entre las puntuaciones totales del DES y el DERS es de  $r = .352$  ( $p < .001$ ), lo que indica una correlación moderada muy significativa entre ambas variables. La asociación más elevada se observa entre la puntuación total del DERS y la subescala de *desrealización y despersonalización* del DES ( $r = .382$ ;  $p < .001$ ), mientras que la más baja es la que implica las dimensiones de *disociación patológica y desatención* ( $r = .175$ ;  $p < .001$ ). Estos resultados indican una fuerte relación entre las dos variables de análisis, tanto de forma global en las puntuaciones totales, como de forma específica en las correlaciones entre las dimensiones de cada instrumento.

Cabe destacar que el análisis correlacional también ha sido realizado de forma independiente para ambos grupos de muestra (clínica y general). Las correlaciones en el grupo de población general fueron muy similares a las obtenidas por la totalidad de la muestra, con asociaciones significativas entre todas las subescalas de ambas variables. No obstante, en el caso de la muestra clínica, la significación de las correlaciones se ha visto reducida, posiblemente debido al reducido tamaño muestral.



### 3.4. Análisis de regresión

Posteriormente a los análisis correlacionales, se llevó a cabo una regresión *stepwise* en la que se utilizó la disociación como variable dependiente y las dimensiones de dificultades en regulación emocional como variables predictoras. Los análisis de regresión permitieron determinar las dimensiones del DERS que tuvieron mayor impacto en la sintomatología disociativa, la *confusión*, el *descontrol* y la *desatención emocional*, con  $R^2 = .133$  ( $p=.000$ ) (ver tablas 12 y 13).

Tabla 12: Resumen del modelo.

|   | Modelo  | R    | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típico de la estimación |
|---|---|------|------------|----------------------|-------------------------------|
| 1 | (Constante)<br>Confusión                              | .309 | .096       | .094                 | 13.075                        |
| 2 | (Constante)<br>Confusión<br>Descontrol                | .354 | .125       | .121                 | 12.874                        |
| 3 | (Constante)<br>Confusión<br>Descontrol<br>Desatención | .364 | .133       | .127                 | 12.833                        |

Tabla 13: Análisis de regresión paso a paso que muestra los mejores predictores de disociación.

|   | Modelo      | Coeficientes no estandarizados |              | Coeficientes estandarizados | t     | p    |
|---|-------------|--------------------------------|--------------|-----------------------------|-------|------|
|   |             | B                              | Error típico | Beta                        |       |      |
| 1 | (Constante) | 11.403                         | 1.572        |                             | 7.254 | .000 |
|   | Confusión   | 1.191                          | .171         | .309                        | 6.956 | .000 |
| 2 | (Constante) | 8.172                          | 1.753        |                             | 4.661 | .000 |
|   | Confusión   | .824                           | .193         | .214                        | 4.278 | .000 |
|   | Descontrol  | .339                           | .086         | .196                        | 3.924 | .000 |
| 3 | (Constante) | 6.099                          | 2.036        |                             | 2.995 | .003 |
|   | Confusión   | .631                           | .215         | .164                        | 2.927 | .004 |
|   | Descontrol  | .348                           | .086         | .202                        | 4.036 | .000 |
|   | Desatención | .409                           | .206         | .099                        | 1.983 | .048 |

#### 4. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio era analizar la posible relación entre la sintomatología disociativa y las dificultades en regulación emocional. Para ello, se ha llevado a cabo una investigación empírica que ha pretendido analizar la existencia de una correlación positiva entre ambas variables en una muestra formada por dos grupos de población: clínica y general. Asimismo, mediante el presente trabajo también se proponía analizar posibles diferencias entre ambos tipos de poblaciones en las variables de análisis, además de la influencia de algunas variables demográficas en las puntuaciones.

En primer lugar, el análisis preliminar de los datos ha ofrecido información acerca de las puntuaciones obtenidas por ambos grupos de muestra en las dos variables de interés. Esto ha permitido interpretarlas y realizar comparaciones con la muestra normativa de los instrumentos utilizados.

Un resultado que se ha observado al respecto es la elevada presencia de disociación en el grupo de población general, incluso tras retirar del análisis los participantes que habían recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico en algún momento de su vida pasada. El hecho de que los participantes de esta muestra sean bastante jóvenes (edad media de 26.8 años) puede haber influido en las altas puntuaciones en esta variable, ya que tanto en este estudio ( $r = -.125$ ,  $p < 0.05$ ) como en previas investigaciones se observa una relación inversa entre la edad y la sintomatología disociativa (Carlson, Waelde, Palmieri, Macia, Smith y McDade-Montez, 2016; Serrano et al., 2016; Maaranen et al., 2008; Putnam et al., 1996). En la validación española del DES, Icarán et al. (1996) también encuentran puntuaciones anormalmente elevadas en sujetos universitarios normales y, tras una entrevista con ellos, concluyen que este hecho puede ser debido a la interpretación personal de la escala. En concreto, algunos de estos jóvenes tendían a normalizar el contenido de los ítems, lo que puede conllevar a una sobreestimación de las puntuaciones. La influencia de la interpretación subjetiva también puede verse reflejada en la alta variabilidad que presentan las puntuaciones de los sujetos en este estudio, lo que también se observa en Icarán et al. (1996) y en Serrano et al. (2016). Respecto a las puntuaciones de la muestra clínica en esta variable, también se percibe una alta frecuencia de sintomatología disociativa, aunque en este caso con valores dentro de lo esperado para este tipo de poblaciones (Icarán et al., 1996).

En cuanto a las dificultades en regulación emocional, las puntuaciones en el grupo de población general son ligeramente superiores a la media de la muestra de validación

(Hervás y Jódar, 2008), aunque con valores dentro de la normalidad. El grupo de población clínica ha obtenido una puntuación notablemente superior a la muestra normativa del instrumento, compuesta por población general. Ambos grupos han presentado las puntuaciones más elevadas en la dimensión de *descontrol emocional*, resultado que también se observa en otras investigaciones realizadas en población general (Hervás y Jódar, 2008; Serrano et al., 2016).

Respecto a las comparaciones entre grupos, al inicio del estudio se formulaba la **Hipótesis 1**, que planteaba que la muestra clínica obtendría puntuaciones significativamente mayores en ambas variables en comparación con el grupo de población general. El análisis comparativo reveló la existencia de diferencias significativas en dificultades en regulación emocional, mostrando puntuaciones más elevadas el grupo de población clínica. Estos resultados eran esperados, ya que en investigaciones previas también se observa esta superioridad de la muestra clínica frente a la general por lo que se refiere a las dificultades de manejo emocional (Giromini, Velotti, de Campora, Bonalume, y Zavattini, 2012; Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker, y Mennin, 2006; Rottenberg et al., 2005; Campbell-Sills, Barlow, Brown, y Hofmann, 2006; McLaughlin, Mennin y Farach, 2007; Bydlowski et al., 2005; (Tull, Barrett, McMillan y Roemer, 2007). No obstante, esto no sucedió respecto a las experiencias disociativas, variable en la que no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos de población. Este hecho difiere con estudios realizados anteriormente, en los que poblaciones clínicas obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en el DES en comparación con grupos de población general (Carlson et al., 2016; Putnam et al., 1996; Icarán et al., 1996; Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt, y Gold, 1990; Ross, Norton y Anderson, 1988). Es posible que este resultado se vea influido por la edad y la interpretación subjetiva de los ítems, que como se ha comentado anteriormente, puede suponer un sesgo en las puntuaciones. Además, el desajuste del tamaño muestral entre ambos grupos también puede haber influido en estos resultados. En definitiva, los hallazgos obtenidos permiten aceptar de forma parcial la hipótesis planteada, ya que el grupo formado por población clínica ha presentado puntuaciones significativamente mayores en dificultades en regulación emocional, pero no en disociación. Estos resultados apoyan la conceptualización de las dificultades en regulación emocional como factor transdiagnóstico, presente de forma clave en psicopatología (Brown y Barlow, 2009).

Por lo que se refiere a la influencia de variables demográficas en las puntuaciones que planteaba la **Hipótesis 2**, se han obtenido diferencias significativas en ambas variables en función del género, la edad, el nivel de estudios y el estado civil.

Las mujeres que estaban en tratamiento mostraron puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres tanto en dificultades en regulación emocional como en disociación, aunque estas diferencias no fueron observadas en el grupo de población general. Por tanto, se puede afirmar que se ha cumplido la hipótesis 2.1., que proponía mayores puntuaciones para las mujeres en ambas variables. Estos resultados son bastante similares a los obtenidos en otros estudios sobre dificultades en regulación emocional (Serrano et al., 2016; Giromini et al., 2012 Hervás y Jódar, 2007; Gratz y Roemer, 2004). Sin embargo, las diferencias de género en disociación parecen no estar del todo claras, ya que algunas investigaciones muestran puntuaciones en disociación significativamente más altas entre las mujeres (Putnam et al., 1996), mientras que otras apuntan una mayor tendencia a la disociación para el sexo femenino sin ser esta diferencia estadísticamente significativa, tanto en muestras clínicas como en generales (Carlson et al., 2016; Spitzer et al., 2003; Akyüz et al., 1999; van IJzendoorn y Scheungel, 1996; Icarán et al., 1996). En suma, los datos obtenidos sugieren que la variable género sólo se vuelve influyente en el caso de la población clínica, pero no en la general.

Por otra parte, los participantes más jóvenes pertenecientes al grupo de población general mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en dificultades en regulación emocional, en comparación con los participantes más mayores de este grupo. Estos resultados difieren con algunos estudios que utilizan el DERS como instrumento principal de medida en los que no se hallan diferencias significativas en función de la edad (Hervás y Jódar, 2008; Salters-Pedneault et al. 2006). No obstante, existe evidencia empírica sobre la mejora de las habilidades de regulación emocional durante la edad adulta que podría apoyar los resultados obtenidos (John y Gross, 2004; Carstensen, Fung, y Charles, 2003; Gross y John, 2002). En cuanto a la sintomatología disociativa, no se han obtenido diferencias significativas en función de la edad, que era un resultado esperable según investigaciones anteriores (Carlson et al., 2016; Maaranen et al., 2008; Ross, Joshi y Currie, 1990). Este resultado implica que sólo se pueda confirmar parcialmente la hipótesis 2.2, que planteaba mayores puntuaciones en ambas variables para las personas más jóvenes de la muestra.

En cuanto al nivel de estudios, los participantes con mayor nivel mostraron significativamente menores puntuaciones en dificultades en regulación emocional, lo cual puede ser debido a la influencia positiva que ejerce la formación en el bienestar psicológico del individuo (Yasuko, Romano, García y Félix, 2005). No obstante, estos datos no se han replicado en disociación, variable en la que no se han obtenido diferencias significativas en función del nivel de estudios. Por tanto, se confirma de forma parcial la hipótesis 2.3., que proponía que las personas con estudios superiores obtendrían menores valores en ambas variables.

Por otra parte, en cuanto al estado civil, los participantes solteros mostraron puntuaciones significativamente mayores en dificultades en regulación emocional. Esto podría explicarse por el papel mediador de la edad, ya que los sujetos solteros suelen ser más jóvenes y, como se ha comentado anteriormente, las personas más jóvenes parecen mostrar más problemas de regulación emocional. Estos resultados no se han repetido para la variable disociación, por lo que sólo puede aceptarse parcialmente la hipótesis 2.4., la cual planteaba que las personas solteras obtendrían mayores puntuaciones en ambas variables.

Por lo que respecta al objetivo principal de esta investigación, tal como se esperaba en la **Hipótesis 3** al inicio del estudio, el análisis correlacional ha permitido confirmar una relación positiva entre la sintomatología disociativa y las dificultades en regulación emocional. Esta asociación se ha presentado tanto de forma global en las puntuaciones totales de los cuestionarios, como de forma específica en las distintas dimensiones de cada variable. Esto ha sido observado principalmente en la muestra de población general, dado que el grupo de población clínica tenía un tamaño muestral reducido. Estos hallazgos son similares a los obtenidos en recientes investigaciones en las que se evidencian correlaciones positivas entre estas variables (Serrano et al., 2016; Navarro et al., 2015; Moulton et al., 2015). Adicionalmente, los análisis de regresión han permitido identificar las dimensiones de dificultades en regulación emocional que predicen en mayor medida la presencia de experiencias disociativas: la desatención, la confusión y el descontrol emocional. Estos datos sugieren que la disociación podría predecirse por dificultades tanto en la atención a las emociones, como en la identificación y control de las mismas, con una menor influencia de los problemas de rechazo o interferencia emocional. Estos resultados son muy interesantes respecto a sus posibles implicaciones en terapia.

## 5. CONCLUSIONES

Al inicio de este estudio se exponían algunos de los modelos teóricos más utilizados para explicar la disociación. Posteriormente, se ofrecía una visión crítica acerca de las limitaciones de estos modelos y se enfatizaba en la necesidad de realizar investigaciones que permitan identificar factores de vulnerabilidad asociados al desarrollo de esta psicopatología. El trauma parecía ser un factor de vulnerabilidad ambiental claramente identificado, no obstante, se proponía la siguiente cuestión: *¿existe algún factor de vulnerabilidad psicológica que podría explicar el desarrollo y mantenimiento de la disociación?*

Mediante este trabajo se ha pretendido ofrecer evidencia del posible papel de las dificultades en regulación emocional como factor de vulnerabilidad psicológica de la disociación. Para ello, se ha revisado la literatura y se han detallado posibles pruebas indirectas de ello, ya que, bajo mi conocimiento, existe una falta de investigación que trate de forma directa esta cuestión. Los hallazgos neurobiológicos acerca de la disociación ponían en evidencia el importante papel de la regulación del afecto en la expresión de síntomas disociativos, suponiendo una prueba fundamental de la relación entre ambas variables. Asimismo, la presencia de ambas de forma simultánea en algunos trastornos psicológicos como el TLP, el TEPT o los trastornos alimentarios también podía representar una evidencia de la asociación entre estos dos fenómenos. Finalmente, la reducción de la sintomatología disociativa tras la aplicación de intervenciones basadas en regulación emocional también podría considerarse una prueba válida de la asociación entre ambos procesos psicopatológicos. Estas son algunas de las evidencias que, indirectamente, sugieren una posible relación entre ambas variables. Además de esta revisión de la literatura, mediante este estudio se ha pretendido comprobar de forma empírica esta asociación y así reforzar las evidencias anteriormente comentadas. Los datos obtenidos permiten confirmar que existe una relación positiva entre las dificultades en regulación emocional y la sintomatología disociativa.

Estos hallazgos podrían sugerir, respondiendo a la pregunta que se realizaba al inicio del estudio, que los problemas de regulación emocional podrían representar un **factor de vulnerabilidad** psicológica en un modelo de diátesis-estrés de la disociación, donde el trauma ejercería un importante papel de estresor ambiental. Además, las dificultades en regulación emocional podrían ejercer como **factor de mantenimiento** de la sintomatología disociativa. Esto es debido a que la disociación puede convertirse en una

estrategia de regulación emocional condicionada que el individuo aplica de forma automática en situaciones estresantes (Lanius et al., 2010). Es decir, un sujeto con dificultades en regulación emocional y con tendencia a la disociación aprendería que ésta es la forma más eficaz de lidiar con su experiencia emocional, empleando la disociación como una estrategia de modulación de la respuesta emocional, siguiendo la conceptualización de Gross (1998b). Por tanto, la disociación podría verse mantenida por refuerzo negativo, dado que el sujeto ha logrado regular su emoción, aunque de una forma desadaptativa.

La revisión de la literatura expuesta a lo largo de este trabajo y los resultados empíricos obtenidos permiten comprender de forma más exacta la relación entre estas dos variables. Tras la investigación llevada a cabo, se podría llegar a la siguiente conclusión: las dificultades en regulación emocional podrían suponer un factor de vulnerabilidad y mantenimiento de la psicopatología disociativa. Esta variable contribuiría a la disociación por medio de dos procesos alterados: la infrarregulación, en el caso de la sintomatología disociativa positiva o primaria, y la sobrrregulación, por lo que se refiere a la disociación secundaria o negativa. Estos datos sugieren que las dificultades en regulación emocional podrían desempeñar un papel transdiagnóstico en la disociación.

### **Limitaciones del estudio y líneas futuras**

A pesar de estos interesantes resultados, el estudio cuenta con algunas limitaciones metodológicas que es importante señalar y que podrían ser corregidas en futuras investigaciones. Para empezar, la investigación cuenta con un número limitado de participantes de población clínica, especialmente en comparación con el gran tamaño del grupo de población general. Además, la muestra está desajustada en cuanto a la distribución del sexo, encontrando un porcentaje mucho mayor de mujeres. Para futuras investigaciones sería conveniente equilibrar la muestra, aumentando el porcentaje de hombres hasta valores similares y reclutando un mayor número de participantes en tratamiento para que las comparaciones entre grupos sean más adecuadas. Por otra parte, medir ambas variables únicamente con autoinformes puede ser un factor limitante, ya que es posible que algunos individuos no contesten de forma objetiva o interpreten de forma incorrecta el contenido de algunos ítems. Esta limitación podría ser corregida incluyendo medidas de observación externa, complementando así la evaluación individual del sujeto. No obstante, esto aumentaría el coste de tiempo invertido por los participantes, lo que podría suponer una reducción del tamaño muestral. Otra limitación que presenta este estudio respecto a los instrumentos de medida sería

la utilización del DES-II (Carlson y Putnam, 1993; Icarán et al., 1996), ya que únicamente mide la sintomatología disociativa secundaria (o negativa) y no tiene en cuenta las experiencias de reexperimentación propias de la disociación primaria (o positiva), por lo que las conclusiones de este estudio se limitan específicamente a manifestaciones de disociación secundaria. En próximos estudios sería muy conveniente utilizar la nueva medida de disociación “Dissociative Symptoms Scale (DSS)” de Carlson et al. (2016), que ha sido recientemente publicada y todavía no ha sido utilizada con fines de investigación. Esta escala, en contraste con la DES-II, tiene en cuenta ambos tipos de disociación, por lo que sería más completa para alcanzar los objetivos del presente estudio. Además, sería interesante utilizar una medida de dificultades en regulación emocional que permitiera identificar problemas de infrarregulación y sobrerregulación específicamente, de esta forma, se podrían obtener conclusiones más exactas acerca de la relación entre las dos variables de estudio (ej. qué problemas de regulación emocional –sobrerregulación e infrarregulación– correlacionan específicamente con cada tipo de disociación –primaria y secundaria–). Por último, es necesario destacar que la principal limitación de este estudio es el carácter transversal y observacional del diseño, que no permite establecer relaciones causales sobre los resultados obtenidos y, por tanto, no sería adecuado afirmar que las dificultades en regulación emocional anteceden y mantienen la psicopatología disociativa. Las conclusiones extraídas en este estudio son interpretaciones de los datos basadas en la revisión de la literatura, en ningún caso son afirmaciones definitivas. Sería muy recomendable llevar a cabo estudios experimentales que permitiesen manipular una variable independiente para observar cambios en una dependiente. Por ejemplo, se podría llevar a cabo un ensayo controlado aleatorizado con participantes pertenecientes a población subclínica que presentasen puntuaciones elevadas en ambas variables. Un grupo de participantes recibiría un entrenamiento en regulación emocional y el otro grupo permanecería en condición de lista de espera. De esta forma, los resultados obtenidos permitirían extraer conclusiones más robustas respecto a la relación causa-efecto de ambas variables. La realización de estudios longitudinales para observar la asociación de estos dos fenómenos a lo largo del tiempo también sería una forma muy rigurosa de llevar a cabo la investigación, no obstante, implicaría mucho más coste económico y temporal.

### **Implicaciones del estudio**

A pesar de las limitaciones anteriormente descritas, los resultados obtenidos en este estudio tienen una importante implicación tanto a nivel teórico como práctico.



A nivel teórico, estos hallazgos contribuyen a la comprensión de un fenómeno que todavía cuenta con mucha confusión respecto a su etiología y a la validez de los modelos explicativos clásicos. Es necesario realizar un mayor número de investigaciones empíricas que permitan identificar qué factores hacen más probable la aparición de esta sintomatología en un sujeto determinado y cómo ésta se mantiene a largo plazo. De esta forma se logrará contar un modelo explicativo claro y basado en la evidencia que permita comprender de forma integral esta psicopatología.

A nivel práctico, en primer lugar, los resultados del estudio ofrecen información acerca del perfil de sujeto que podría presentar con mayor probabilidad sintomatología disociativa o problemas de regulación emocional. Esto sería importante para aplicar estrategias de prevención dirigidas a los grupos de población más vulnerables: mujeres jóvenes, con clínica asociada y bajo nivel académico. En segundo lugar, al confirmarse una relación entre las dificultades en regulación emocional y la disociación, se podría considerar la aplicación de intervenciones basadas en regulación emocional para el tratamiento de los trastornos disociativos o de la sintomatología disociativa asociada a otras psicopatologías. Dado que todavía no se cuenta con protocolos empíricamente validados para su tratamiento y las técnicas existentes requieren una formación muy específica del profesional, sería de gran utilidad que el clínico pudiera aplicar un tratamiento más común y accesible que estuviera basado en regulación emocional, como podría ser la terapia dialéctica conductual de Linehan (1993). Sería de vital importancia que el entrenamiento en regulación emocional para la reducción de síntomas disociativos enfatizase aspectos como la atención emocional, la correcta identificación de la emoción y el desarrollo de herramientas para el control emocional, dado que estas son las dimensiones que parecen ejercer mayor impacto en la sintomatología disociativa. Además, resultaría interesante adaptar el entrenamiento en regulación emocional al tipo de sintomatología disociativa que presente el paciente, esto es, abordar la infrarregulación emocional que caracteriza a la disociación primaria con unas técnicas concretas y tratar de forma específica la sobrerregulación emocional asociada a la disociación secundaria.

En definitiva, la comprensión teórica de la disociación y el desarrollo de intervenciones eficaces para tratarla permitiría, por un lado, mejoras en pacientes cuya demanda principal es la disociación, y por otro, avances en casos en los que ésta se convierte en un factor mantenedor de otras patologías, impidiendo la mejoría del paciente (Jepsen et al., 2014; Kleindienst et al., 2011).

## 6. REFERENCIAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Akyüz, G., Doğan, O., Şar, V., Yargıç, L. I., & Tutkun, H. (1999). Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 40(2), 151-159.
- APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª ed. Madrid: Editorial Panamericana
- Aardema, F., & Wu, K. D. (2011). Imaginative, dissociative, and schizotypal processes in obsessive-compulsive symptoms. *Journal of clinical psychology*, 67(1), 74-81.
- Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*, 1, 429-445.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barnow, S., Limberg, A., Stopsack, M., Spitzer, C., Grabe, H. J., Freyberger, H. J., & Hamm, A. (2012). Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 42(4), 783-794.
- Barrett, L. F., Gross, J. J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Baslet, G., & Hill, J. (2011). Case report: brief mindfulness-based psychotherapeutic intervention during inpatient hospitalization in a patient with conversion and dissociation. *Clinical Case Studies*, 10(2), 95-109.
- Beato, L., Rodríguez Cano, T., & Belmonte, A. (2003). Relationship of dissociative experiences to body shape concerns in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11(1), 38-45.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In Salkovskis P. (Eds), *Frontiers of Cognitive Therapy* (1-25). New York: Guilford.
- Becker-Lausen, E., Sanders, B., & Chinsky, J. M. (1995). Mediation of abusive childhood experiences: Depression, dissociation, and negative life outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(4), 560-573.
- Beedie, C. J., & Lane, A. M. (2012). The role of glucose in self-control. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 143-153.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206-226.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727-735.
- Bob, P., Susta, M., Glaslova, K., & Boutros, N. N. (2010). Dissociative symptoms and interregional EEG cross-correlations in paranoid schizophrenia. *Psychiatry research*, 177(1), 37-40.
- Boysan, M., Goldsmith, R. E., Çavuş, H., Kayri, M., & Keskin, S. (2009). Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: The influence of abuse subtype. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(1), 83-101.
- Brand, B. L., Lanius, R., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., & Spiegel, D. (2012). Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 9-31.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339-376.
- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 78-82.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.

- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology, 110*(4), 585.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., et al. (2005). Emotional-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 321–329.
- Byun, S., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2016). Disorganized attachment in young adulthood as a partial mediator of relations between severity of childhood abuse and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(4), 460-479.
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Larsen, J. T., Poehlmann, K. M., & Ito, T. A. (2000). The psychophysiology of emotion. *Handbook of emotions, 2*, 173-191.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). New York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy, 44*(9), 1251-1263.
- Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 245-267.
- Cardeña, E. (1997). The Etiologies of Dissociation. En S. Powers y S. Krippner (Dirs.), *Broken Images and Broken Selves* (pp. 61-87). Nueva York: Bruner
- Carlson, E. B., Waelde, L. C., Palmieri, P. A., Macia, K. S., Smith, S. R., & McDade-Montez, E. (2016). Development and validation of the Dissociative Symptoms Scale. *Assessment, 1*-15.
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(5), 479.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation, 1*, 16-27.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion, 27*(2), 103-123.
- Chu, J. A. (1998). Dissociative symptomatology in adult patients with histories of childhood physical and sexual abuse. *Trauma, memory, and dissociation, 179*-203.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual differences, 28*(3), 539-561.
- Cloitre, M., Petkova, E., & Wang, J. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety, 29*(8), 709-717.
- Clyne, C., & Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change, 21*(04), 269-281.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences . Hillsdale. NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 2.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: Guilford Press.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E.,... Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin, 138*, 550 –588. doi:10.1037/a0027447
- Dalenberg, C. J., & Paulson, K. (2009). The case for the study of “normal” dissociation processes. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond, 145*-154.
- De Leersnyder, J., Boiger, M., & Mesquita, B. (2013). Cultural regulation of emotion: Individual, relational, and structural sources. *Frontiers in psychology, 4*, 55.
- Del Río-Casanova, L. D., González, A., Páramo, M., & Brenlla, J. (2016). Excitatory and inhibitory conversive experiences: neurobiological features involving positive and negative conversion symptoms. *Reviews in the Neurosciences, 27*(1), 101-110.

- del Río-Casanova, L., González, A., Páramo, M., Van Dijke, A., & Brenlla, J. (2016). Emotion regulation strategies in trauma-related disorders: pathways linking neurobiology and clinical manifestations. *Reviews in the Neurosciences*, 27(4), 385-395.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A., & Gold, P. W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 147(9), 1184.
- Diefendorff, J. M., Hall, R. J., Lord, R. G., & Strean, M. L. (2000). Action–state orientation: Construct validity of a revised measure and its relationship to work-related variables. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 250.
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and psychopathology*, 18(1), 233-251.
- Ebner-Priemer, U. W., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal, M. Z., ... & Bohus, M. (2009). Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 34(3), 214.
- Eisen, M. L., & Carlson, E. B. (1998). Individual differences in suggestibility: Examining the influence of dissociation, absorption, and a history of childhood abuse. *Applied Cognitive Psychology*, 12(7).
- Erber, R., Wegner, D. M., y Therriault, N. (1996). On being and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 757-766.
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476-1488.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22(4), 716-721.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47–59.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Felmingham, K., Kemp, A. H., Williams, L., Falconer, E., Olivieri, G., Peduto, A., & Bryant, R. (2008). Dissociative responses to conscious and non-conscious fear impact underlying brain function in post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 38(12), 1771-1780.
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(1), 29-36.
- Fox, J. R., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 240-267.
- Fontenelle, L. F., Domingues, A. M., Souza, W. F., Mendlowicz, M. V., de Menezes, G. B., Figueira, I. L., & Versiani, M. (2007). History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78(3), 241.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 89(2), 298-301.
- Frankel, F. H. (1996). Dissociation: the clinical realities. *The American journal of psychiatry*, 153(7), 64.
- Frewen, P. A., Brown, M. F., & Lanius, R. A. (2016). Trauma-related altered states of consciousness (TRASC) in an online community sample: Further support for the 4-D model of trauma-related dissociation.
- Frewen, P., & Lanius, R. (2015). *Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 110-124.
- Geuze, E., Westenberg, H. G., Jochims, A., de Kloet, C. S., Bohus, M., Vermetten, E., & Schmahl, C. (2007). Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 76-85.
- Giromini, L., Velotti, P., de Campora, G., Bonalume, L., & Cesare Zavattini, G. (2012). Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: Reliability and validity of an Italian version. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 989-1007.

- Gratz, K. (2003). Risk factors and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192–205.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: APA.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1081-1088.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J. (2015a). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130-137.
- Gross, J. J. (2015b). Emotion regulation: status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. En D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13–35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. In L. Feldman Barrett & P. Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 297–318). New York: Guilford.
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*, 25, 765–781.
- Gross, J. J., y Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387–401.
- Gross, J.J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). New York: Guilford.
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: a dual-process framework. *Cognition and Emotion*, 25(3), 400-412.
- Guz, H., Doganay, Z., Ozkan, A., Colak, E., Tomac, A., & Sarisoy, G. (2004). Conversion and somatization disorders: dissociative symptoms and other characteristics. *Journal of psychosomatic research*, 56(3), 287-291.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 19-27.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour research and therapy*, 55, 7-17.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G.,... & Davidson, R. J. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106, 22445–22450.
- Hennig-Fast, K., Meister, F., Frodl, T., Beraldi, A., Padberg, F., Engel, R. R., ... & Meindl, T. (2008). A case of persistent retrograde amnesia following a dissociative fugue: Neuropsychological and neurofunctional underpinnings of loss of autobiographical memory and self-awareness. *Neuropsychologia*, 46(12), 2993-3005.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

- Hervás, G., y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Hopper, J. W., Frewen, P. A., Van der Kolk, B. A., & Lanius, R. A. (2007). Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: Symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery. *Journal of traumatic stress*, 20(5), 713-725.
- Icarán, E., Colom, R., & García, F. O. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de psicología*, (70), 69-84.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, Third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115–187.
- Janet, P. (1920). The major symptoms of hysteria. New York: MacMillan. Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton
- Jepsen, E. K., Langeland, W., Sexton, H., & Heir, T. (2014). Inpatient treatment for early sexually abused adults: A naturalistic 12-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 142.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334.
- Johnson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 241–262.
- Kashdan, T. B., & Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, 39(1), 1-12.
- Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, C., ... & Waller, G. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 35(1), 25-48.
- Kikuchi, H., Fujii, T., Abe, N., Suzuki, M., Takagi, M., Mugikura, S., ... & Mori, E. (2010). Memory repression: brain mechanisms underlying dissociative amnesia. *Memory*, 22(3).
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Kihlstrom, J.F. (1994). One hundred years of hysteria. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Dirs.), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives*. Nueva York: Guilford.
- Kihlstrom, J. F., Barnhardt, T. M., & Tataryn, D. J. (1992). The psychological unconscious: Found, lost, and regained. *American psychologist*, 47(6), 788-791.
- Kleindienst, N., Priebe, K., Görg, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., ... & Bohus, M. (2016). State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 30375.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., ... & Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 25(4), 432-447.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32(2), 371-390.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., & Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: An update for clinicians. *Current psychiatry reports*, 11(1), 82-88.
- Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., & Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and alterations in brain function and structure: implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 19(1).
- Krause-Utz, A., & Schmahl, C. (2016). A more global look at altered neural structure and resting-state function in borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 79(2), 76-77.
- Kring, A. M., & Bachorowski, J. A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13, 575–599.

- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive psychiatry*, 51(4), 393-400.
- Langmuir, J. I., Kirsh, S. G., & Classen, C. C. (2012). A pilot study of body-oriented group psychotherapy: Adapting sensorimotor psychotherapy for the group treatment of trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 214.
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and anxiety*, 29(8), 701-708.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.
- Lanius, R. A., Bluhm, R., Lanius, U., & Pain, C. (2006). A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *Journal of psychiatric research*, 40(8), 709-729.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W., Gati, J. S., & Menon, R. S. (2004). The nature of traumatic memories: a 4-T FMRI functional connectivity analysis. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 36-44.
- Larsen, R. L. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141.
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*, 293(9), 1100-1106.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lemche, E., Surguladze, S. A., Giampietro, V. P., Anilkumar, A., Brammer, M. J., Sierra, M., ... & David, A. S. (2007). Limbic and prefrontal responses to facial emotion expressions in depersonalization. *Neuroreport*, 18(5), 473-477.
- Lemos-Miller, A., & Kearney, C. A. (2006). Depression and ethnicity as intermediary variables among dissociation, trauma-related cognitions, and PTSD symptomatology in youths. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(8), 584-590.
- Levin, R., & Spei, E. (2004). Relationship of purported measures of pathological and nonpathological dissociation to self-reported psychological distress and fantasy immersion. *Assessment*, 11(2), 160-168.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Limberg, A., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Hamm, A. O. (2011). Emotional vulnerability in borderline personality disorder is cue specific and modulated by traumatization. *Biological psychiatry*, 69(6), 574-582.
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S., & Lauerma, H. (2004). Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia—overlapping or independent constructs?. *Psychopathology*, 37(4), 200-206.
- Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M., Moolman-Smook, J. C., Kidd, M., & Stein, D. J. (2007). Investigating the possible effects of trauma experiences and 5-HTT on the dissociative experiences of patients with OCD using path analysis and multiple regression. *Neuropsychobiology*, 56(1), 6-13.
- Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Corfield, V. A., Niehaus, D. J., ... & Stein, D. J. (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 384-391.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 181-205.

- Maaranen, P., Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., & Viinamäki, H. (2008). The course of dissociation in the general population: A 3-year follow-up study. *Comprehensive psychiatry*, 49(3), 269-274.
- Macy, R. M. (2002). *On the epidemiology of posttraumatic stress disorder: Period prevalence rates and acute service utilization rates among Massachusetts Medicaid Program and enrollees*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, November, Baltimore, MD.
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5, 175-190.
- Maldonado, J.R., y Spiegel, D. (1998). Trauma, dissociation and hypnotizability. En J.D. Bremner y Ch.R. Marmar (Dirs.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 57-106). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Mansfield, A. J., Kaufman, J. S., Marshall, S. W., Gaynes, B. N., Morrissey, J. P., & Engel, C. C. (2010). Deployment and the use of mental health services among US Army wives. *New England Journal of Medicine*, 362(2), 101-109.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1735-1752.
- Mennin, D. S., Holoway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302.
- Mennin, D. S., y Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352.
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation?. *Child abuse & neglect*, 39, 167-174.
- Murray, S. L. (2005). Regulating the risks of closeness a relationship-specific sense of felt security. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 74-78.
- Navarro, M. V., Wessman, I., Botella, C., & García-Palacios, A. (2015). The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 63, 123-130.
- Neziroglu, F., & Donnelly, K. (2013). Dissociation from an acceptanceoriented standpoint. *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*, 236-250.
- Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445.
- Nijenhuis, E. R., Van Der Hart, O., Kruger, K., & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(9), 678-686.
- Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma. In J.M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in the trauma*, 39-65.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van Der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of nervous and mental disease*, 184(11), 688-694.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 153-158.
- Oedegaard, K. J., Neckelmann, D., Benazzi, F., Syrstad, V. E., Akiskal, H. S., & Fasmer, O. B. (2008). Dissociative experiences differentiate bipolar-II from unipolar depressed patients: The mediating role of cyclothymia and the Type A behaviour speed and impatience subscale. *Journal of affective disorders*, 108(3), 207-216.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52.



- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 182-193.
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1996). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 569-573.
- Price, M., Kearns, M., Houry, D., & Rothbaum, B. O. (2014). Emergency department predictors of posttraumatic stress reduction for trauma-exposed individuals with and without an early intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 336.
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., ... & Loewenstein, R. J. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(11), 673-679.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49, 368-373.
- Raio, C. M., Oederu, T. A., Palazzolo, L., Shurick, A. A., & Phelps, E. A. (2013). Cognitive emotion regulation fails the stress test. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(37), 15139-15144.
- Reinders, A. A., Willemsen, A. T., den Boer, J. A., Vos, H. P., Veltman, D. J., & Loewenstein, R. J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder: A PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 223(3), 236-243.
- Reinders, A. S., Nijenhuis, E. R., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A. M., ... & den Boer, J. A. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biological psychiatry*, 60(7), 730-740.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized control trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 76, 1083-1089.
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Anderson, G. (1988). The Dissociative Experiences Scale: A replication study. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 627.
- Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H., & Hand, I. (2006). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(1), 40-46.
- Rumelhart, D. E., Hinton, G. E., & McClelland, J. L. (1986). A general framework for parallel distributed processing. *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition*, 1, 45-76.
- Ruocco, A. C., Amirthavasagam, S., Choi-Kain, L. W., & McMain, S. F. (2013). Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: an activation-likelihood-estimation meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 73(2), 153-160.
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469-480.
- Samson, A. C., Huber, O., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation in Asperger's Syndrome and high functioning autism. *Emotion*, 12, 659-665.
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotional regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., Bakim, B., ... & Özdemir, Ö. (2003). The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 119-136.
- Sar, V. (2006). El ámbito de los trastornos disociativos: una perspectiva internacional. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 227-244.
- Şar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149(1), 169-176.

- Scaer, R. C. (2001). The neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91.
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. *Journal of Psychology*, 218, 109–127.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Serrano, Á., González-Ordí, H., & Corbí, B. (2016). Disociación, personalidad, sugestionabilidad, alexitimia y dificultades en la regulación emocional: un estudio correlacional. *Clínica y Salud*, 27(3), 147-155.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560–580). New York, NY: Guilford Press.
- Soffer-Dudek, N. (2014). Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive–compulsive disorder, and depression: A review and heuristic framework. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(3), 243.
- Somer, E., Altus, L., & Ginzburg, K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: exploring the “chemical dissociation” hypothesis. *Comprehensive psychiatry*, 51(4), 419-425.
- Somer, E. (2003). Prediction of abstinence from heroin addiction by childhood trauma, dissociation, and extent of psychosocial treatment. *Addiction Research & Theory*, 11(5), 339-348.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., ... & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(12).
- Spiegel, D. (1990). Hypnosis, dissociation, and trauma: Hidden and overt observers. *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health*, 121-142.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Joergen Grabe, H. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 682-687.
- Stevens, J. S., Jovanovic, T., Fani, N., Ely, T. D., Glover, E. M., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2013). Disrupted amygdala-prefrontal functional connectivity in civilian women with posttraumatic stress disorder. *Journal of psychiatric research*, 47(10), 1469-1478.
- Tamar-Gurol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C., & Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 540-547.
- Tamir, M. (2009). What do people want to feel and why?: Pleasure and utility in emotion regulation. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 101–105.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., y Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61, 201–216.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 987-994.
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 352–357.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: WW Norton & Company.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914.
- Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1995). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *Trauma: Explorations in memory*, 158-82.
- Van Dijke, A., van der Hart, O., Ford, J. D., van Son, M., van der Heijden, P., & Bühring, M. (2010). Affect dysregulation and dissociation in borderline personality disorder and somatoform disorder: Differentiating inhibitory and excitatory experiencing states. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(4), 424-443.

- Van Dijke, A. (2008). The clinical assessment and treatment of trauma-related self and affect dysregulation. In Ad J.J.M. Vingerhoets, Ivan Nyklíček & Johan Denollet, *Emotion regulation* (pp. 150-169). US: Springer.
- Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365-382.
- Vermetten, E., & Spiegel, D. (2014). Trauma and dissociation: implications for borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 16(2), 434.
- Vermetten, E., & Lanius, R. A. (2012). Biological and clinical framework for posttraumatic stress disorder. *Handbook of clinical neurology*, 106, 291-342.
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: Individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 526.
- Watts, F.N. (1992). Applications of current cognitive theories of the emotions to the conceptualization of emotional disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 153-167.
- Werner, K. H., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). New York, NY: Guilford.
- Weniger, G., Lange, C., Sachsse, U., & Irle, E. (2008). Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 281-290.
- Yasuko Arita, B., Romano, S., García, N., & Félix, M. D. R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(1).
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Jager-Hyman, S., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2008). The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 291-296.
- Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive psychiatry*, 41(3), 223-227.